Justice Manitoba
Manitoba Justice

100-03316/

OFFICE OF THE CHIEF MEDICAL EXAMINER

T. Balachandra
M.B.B.S., F.R.C.P.C., F.C.A.P.
Chief Medical Examiner

ANNUAL REVIEW

1998

TABLE OF CONTENTS

Historical Background 1

Introduction 2

Caseload Statistics 3

Types of Death Investigated and Certified 5

- Homicides 5
- Suicides 6
- Non-Traffic Accidents 8
- Traffic Accidents 8
- Natural Deaths 9
- Children-in-Care 10
- Sudden Infant Death Syndrome 11
- Undetermined Deaths 12

Inquests 13

Inquests/Recommendations - 1997 14

Addendum to Inquests/Recommendations – 1996 21

Chief Medical Examiner's Recommendations to Minister of Family Services – 1998 25

HISTORICAL BACKGROUND

(Coroner System - Medical Examiner System)

The Medical Examiner and the Medical Examiner system have evolved from duties which were assigned to Coroners and systems put in place to effect the legislated and non-legislated responsibilities of the office.

The word "coroner" is a derivation from the old French spelling of the word "crown". The office of "Crowner" (crown representatives) was originally established to secure revenues that accrued to the crown in the event of sudden or unexplained deaths.

The first detailed statute on the office of coroner was the 1275 Statute of Westminster that established the office for revenue purposes. Subsequent British legislation shifted the Coroner's responsibility to the investigation of deaths due to violence or unnatural means but retained the revenue aspect through a fee payable to the Coroner for each inquest held.

Historically, Canada inherited the concepts of a Coroner and of a Coroner's inquest as part of the common law. The common law powers of a Coroner to indict persons upon an inquisition for murder or manslaughter, to commit them for trial and to certify evidence were incorporated as part of the Canadian Criminal law in 1892, at which time the indictment function of the inquest was terminated.

The subsequent enactment of Provincial legislation established the jurisdiction and role of the Coroner and continued the Coroner's functions of investigating deaths, empanelling juries and conducting inquisitions (inquests). In some provinces and territorial jurisdictions the Coroner concept still remains.

With the advancement of the Forensic Sciences and Pathologists specially trained in Forensic Medicine, it seemed logical that, with a bulk of reportable cases being medical in nature, instead of reporting to Lay Coroners, the reporting be done to qualified medical persons. From this evolved the Medical Examiner System.

It was as recently as 1971 that Manitoba enacted and proclaimed THE FATALITY INQUIRIES ACT to replace THE CORONER'S ACT. This statute was reenacted in 1975 and again in 1987 and remained in effect until May 14th, 1990, when a new FATALITY INQUIRIES ACT was proclaimed.

The distinct features of the current Act are: the division of responsibilities into the medical and legal disciplines; the initial inquiry into the cause and manner of death being carried out by a duly qualified medical practitioner; and the inquest, when deemed necessary, being conducted by a Provincial Judge without a jury.

This brief historical background has been provided to explain that in Manitoba the Medical Examiner system, while relatively recent in origin, has been both legislatively and operationally implemented and has fully replaced the Coroner system.

INTRODUCTION

The Office of the Chief Medical Examiner in Manitoba is responsible under the Fatality Inquiries Act and Vital Statistics Act for the inquiry/investigation and certification of all deaths by violence, as well as unexpected, unexplained or unattended deaths. Certain hospital and institutional cases, notably those of persons dying within ten days of surgery or anaesthesia, or within 24 hours of admission, are investigated, as are deaths of persons held involuntarily, and of residents of personal care homes. Also, in the event of the death of a child-in-care, the Chief Medical Examiner shall review the actions taken by the Child and Family Services agency.

The area of jurisdiction is the province of Manitoba, which has a population of approximately 1.15 million. In addition, the Medical Examiner has jurisdiction over those who travel through the province.

The Medical Examiner system, under the direction of the Chief Medical Examiner, is managed from a central office located in Winnipeg. The office administers the complete province of Manitoba and has a permanent staff of one program manager, six medical examiner investigators, and three administrative secretaries. The fee-for-service element is provided by 75 part-time medical examiners, with additional fee-for-service support provided by pathologists, funeral directors and ambulance services.

In the City of Winnipeg, medical examiner investigators are on duty and available 24 hours per day. Part-time medical examiners are also available through a rotating duty roster system.

Throughout rural Manitoba and in other cities such as Brandon, Thompson, etc., part-time medical examiners are available on an as-required basis 24 hours a day.

Alcohol and toxicology testing is provided by the Royal Canadian Mounted Police Forensic Laboratory and the St. Boniface General Hospital Biochemistry Section. Other speciality tests are provided on an as-required basis, utilizing outside resources both in and out of the province of Manitoba.

In 1998, 5169 deaths were reported to the Chief Medical Examiner's office, with 3178 of these being investigated. The investigated cases represented thirty-three percent of all deaths in Manitoba during the year. In the investigated cases, the report generated by the medical examiner or medical examiner's investigator contained information on the cause, manner and identity of the deceased, and circumstances surrounding the death. In many cases the police, both RCMP and municipal forces, assist the medical examiners in conducting their investigations.

In January of 1985, the Office of the Chief Medical Examiner became actively involved in the eye donor program. Next of kin were contacted shortly after death and asked to consent to donating the cornea of the deceased. Through the program, regular donations were made available to the Lions Eye Bank.

Appreciation is expressed to all Law Enforcement Agencies and all other related agencies involved who have, throughout the year, cooperated and assisted in the investigations that have been processed through this office. Also, gratitude is expressed to all Medical Examiners who, frequently under adverse conditions, have shown a high level of dedication, and professionalism.

CASELOAD STATISTICS 1998

TOTAL CASES

CERTIFIED CASES

Manner of Death	Cases	Aggregate Rate per 100,000 of Population
Natural	2594	226.91
Accidents:		
In the Home	80	7.00
In Other Places	56	4.90
Industrial	14	1.22
Motor Vehicle	146	12.77
Suicides	151	13.21
Homicides	32	2.80
Undetermined	105	9.19
Total	**3178**	**278.00**

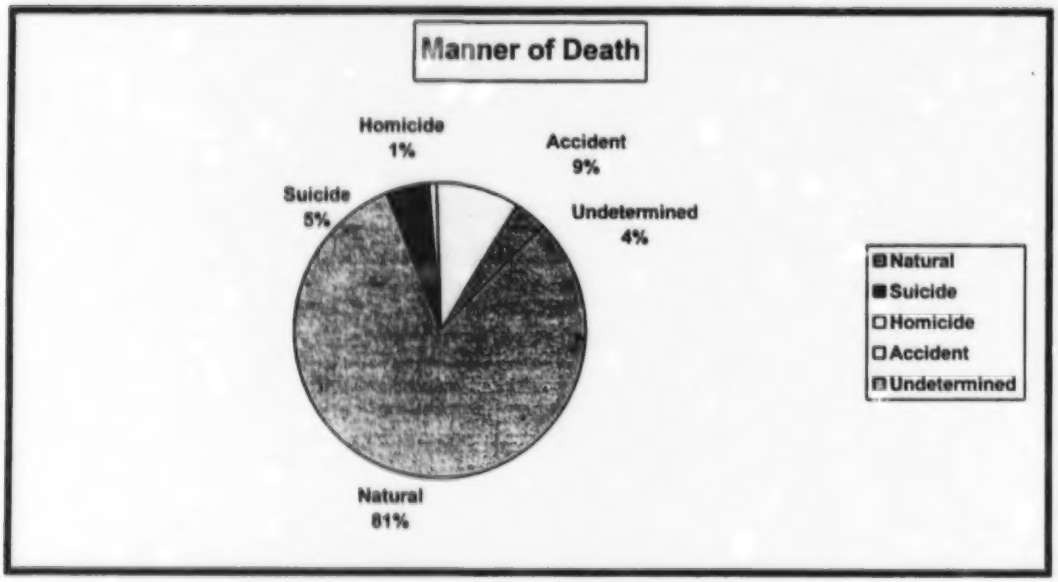
Note: 1141 Natural deaths were designated Medical Examiner's Investigators' cases.

REGIONAL DISTRIBUTION OF CASES

	Urban	Rural	Total
Natural	2120	474	2594
Accidents:			
In the Home	61	19	80
In Other Places	18	38	56
Industrial	4	10	14
Motor Vehicles	51	95	146
Suicides	70	81	151
Homicides	22	10	32
Undetermined	72	33	105
TOTAL	**2418**	**760**	**3178**

Note: "Urban" in these statistics include only Winnipeg and Brandon even though there are other cities in Manitoba which are classified as "Urban".

MEDICAL EXAMINER CASES



CASELOAD REVIEW 1980 - 1998

YEAR	TOTAL
1980	2480
1981	2683
1982	2480
1983	2545
1984	2386
1985	2522
1986	2605
1987	2503
1988	2541
1989	2582
1990	2633
1991	2713
1992	2741
1993	2850
1994	3150
1995	3188
1996	3031
1997	3197
1998	3178

TYPES OF DEATH
INVESTIGATED AND CERTIFIED

HOMICIDES

	Male	Female	TOTAL
Urban	13	9	22
Rural	9	1	10
TOTAL	**22**	**10**	**32**

HOMICIDES BY AGE AND METHOD

Method **Age:**	**0-9**	**10-19**	**20-29**	**30-39**	**40-49**	**50-59**	**OVER 60**	**TOTAL**
Firearms	0	0	2	1	0	0	0	3
Blunt Weapon/ Violence	0	1	2	2	1	2	4	12
Stabbing/ Incised Wound	0	0	3	1	1	1	0	6
Child Battery	4	0	0	0	0	0	0	4
Family Violence	1	1	1	1	1	0	0	5
Other	0	0	0	0	2	0	0	2
TOTAL	**5**	**2**	**8**	**5**	**5**	**3**	**4**	**32**

SUICIDES BY AGE AND SEX

SEX AGE:	0-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	> 80	TOTAL
MALE									
NON-NATIVE	3	15	22	22	10	6	10	7	95
NATIVE	8	10	5	2	0	1	0	0	26
FEMALE									
NON-NATIVE	2	2	4	3	5	4	0	1	21
NATIVE	4	3	1	1	0	0	0	0	9
TOTAL	17	30	32	28	15	11	10	8	151
RATE/100,000 POPULATION	5.24	19.58	18.05	16.60	12.54	12.81	13.84	19.01	13.21

Note: "Rate per 100,000 Population" is calculated according to age group populations for Manitoba in 1998.

SUICIDES BY REGION AND MONTH

Month of Death	Urban	Rural	TOTAL
January	6	5	11
February	4	9	13
March	6	8	14
April	9	5	14
May	4	5	9
June	5	6	11
July	5	4	9
August	7	9	16
September	9	10	19
October	6	10	16
November	6	5	11
December	3	5	8
TOTAL	70	81	151

SUICIDE RATES PER 100,000 POPULATION OF MANITOBA BY YEAR

YEAR	Estimated Population (000's)	Total Suicides	Rate per 100,000 of Population
1980	1024.9	126	12.29
1981	1026.2	151	14.71
1982	1034.5	149	14.40
1983	1048.1	172	16.41
1984	1058.8	151	14.27
1985	1070.6	141	13.17
1986	1071.2	168	15.68
1987	1080.3	172	15.92
1988	1084.0	175	16.14
1989	1084.8	158	14.56
1990	1091.6	158	14.47
1991	1133.1	164	14.47
1992	1113.1	159	14.28
1993	1125.8	148	13.15
1994	1132.8	145	12.80
1995	1140.5	147	12.88
1996	1144.6	154	13.46
1997	1146.3	172	15.00
1998	1143.4	151	13.21

METHOD OF SUICIDE

	Male	Female	Total	Percentage of Total
Drug overdose/Poison	5	11	16	10.6%
Carbon Monoxide	17	0	17	11.3%
Hanging/Strangulation	55	14	69	45.7%
Drowning	3	1	4	2.6%
Firearms	30	1	31	20.5%
Jumping	1	1	2	1.3%
Other	10	2	12	7.9%
TOTAL	**121**	**30**	**151**	**100.0%**

NON-TRAFFIC ACCIDENTS

INDUSTRIAL

Farming	6
Mining	1
Other	7
TOTAL	**14**

IN OTHER PLACES

Aircraft	5
Exposure	6
Drowning	20
CO Poisoning	0
Falls	3
Hunting	1
Falling Objects	2
Cafe Coronary	0
Therapeutic Misadventure	2
Diagnostic Misadventure	0
Animal Related	1
Other	16
TOTAL	**56**

IN THE HOME

Falls	34
Asphyxia	8
Inhalation-Burning House	9
Burns/Scalding	0
Electrocution	0
Drugs/Alcohol	15
Inhalation (Sniffing)	0
Cafe Coronary	0
Auto Eroticism	2
Drowning	2
Other	10
TOTAL	**80**
GRAND TOTAL	**150**

MOTOR VEHICLE ACCIDENTS

Vehicle/Pedestrian	28
Bus/Pedestrian	0
Train/Pedestrian	0
Vehicle/Vehicle	55
Single Vehicle	38
Snowmobile	8
All Terrain Cycle	4
Mini-Bike/Off Road	0
Motor Home	0
Recreational Vehicle	0
Vehicle/Train	3
Vehicle/Fixed Object	0
Multiple Vehicle	2
Motorcycle	2
Vehicle/Motorcycle	0
Vehicle/Cyclist	5
Vehicle/Animal	0
Other	1
TOTAL	**146**

Non-Traffic Accidents	**150**
Traffic Accidents	**146**
Total Accidental Deaths	**296**

NATURAL DEATHS

CAUSE OF DEATH	MALE	FEMALE	TOTAL
Heart Disease	719	492	1211
Cancer	117	88	205
Lung Disease	219	202	421
Hemorrhage	132	129	261
Intra - Operative	12	0	12
Post - Operative	64	52	116
AIDS	3	1	4
Stillborn	1	0	1
Undetermined	4	4	8
Other	163	192	355
TOTAL	**1434**	**1160**	**2594**

NATURAL DEATHS BY AGE

AGE GROUP	MALE	FEMALE	TOTAL
Stillborn	1	0	1
Under 1 year	45	35	80
1 - 9	7	9	16
10 - 19	8	4	12
20 - 29	9	8	17
30 - 39	27	13	40
40 - 49	71	37	108
50 - 59	134	67	201
60 - 69	274	157	431
70 - 79	406	330	736
80 - 89	379	364	743
90 - 99	72	130	202
Over 100 years	1	6	7
TOTAL	**1434**	**1160**	**2594**

Note: Since May 1995, pursuant to a decision of the Provincial Court of Manitoba, stillbirths are no longer investigated.

REPORTED DEATHS OF CHILDREN - IN - CARE *

YEAR	MALE	FEMALE	TOTAL
1991	16	17	33
1992	16	10	26
1993	18	12	30
1994	36	32	68**
1995	27	21	48**
1996	33	19	52***
1997	30	31	61
1998	30	25	55
TOTAL	206	167	373

* Pursuant to the provisions of s.10(1) of the Fatality Inquiries Act.

** Stillbirths were reported in 1994 and 1995. As of May 1995, pursuant to a decision of the Provincial Court of Manitoba, stillbirths are no longer investigated.

*** Updated figures for 1996 have been provided by the Department of Family Services.

SUMMARY OF CHILDREN'S DEATHS
(Ages 0-17 years inclusive)

MANNER OF DEATH	MALE	FEMALE	TOTAL
Natural	61	44	105
Accidents in the Home	6	5	11
Accident in Other Places	8	4	12
Industrial Accidents	0	0	0
Suicides	4	3	7
Homicides	3	3	6
Undetermined	14	4	18
Motor Vehicle Accidents	13	11	24
TOTAL	109	74	183

SIDS STATISTICS 1987 - 1998

1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
13	17	21	24	12	14	11	12	15	11	12	8

SUDDEN INFANT DEATH SYNDROME (SIDS)

Age Group	0-4 Months	5-8 Months	9-12 Months	Total
January	0	1	0	1
February	1	0	0	1
March	0	0	0	0
April	0	0	0	0
May	1	0	0	1
June	0	1	0	1
July	1	0	0	1
August	0	0	0	0
September	2	0	0	2
October	1	0	0	1
November	0	0	0	0
December	0	0	0	0
TOTAL	**6**	**2**	**0**	**8**

In Manitoba SIDS accounted for 8 infant deaths in 1998. The overall incidence of SIDS has been reported as 1 case per 1860 live births. Although it can occur at any time during the first year of life, the peak incidence in Manitoba is during the first five months.

UNDETERMINED* DEATHS

CAUSE OF DEATH	MALE	FEMALE	TOTAL
Asphyxia	1	0	1
Carbon monoxide poisoning	4	0	4
No anatomical cause found**	24	16	40
Drugs/Alcohol overdose	14	10	24
Falls	1	0	1
Exposure	2	0	2
Other	20	13	33
TOTAL	**66**	**39**	**105**

Note: Causes of death in Undetermined cases may change following alcohol/toxicology analysis.

* Undetermined as to whether manner of death was natural, suicide, homicide, or an accident.

** "No anatomical cause found" also includes "Undetermined" causes of death.

INQUESTS

INQUEST SUMMARY

Judicial Recommendations For the Prevention of Similiar Deaths
January 1, 1997 - December 31, 1997

Manner of Death	Given	Not Given	Not Available	Total
Natural	0	0	0	0
Homicide	0	0	0	0
Suicide	0	0	0	0
Accident	3	0	2	5
Undetermined	2	0	1	3
TOTAL	**5**	**0**	**3**	**8**

TYPE OF INQUESTS

HOSPITAL/INSTITUTIONAL RELATED

Undetermined	1
Accidental	0
Suicide	0
Natural	0
TOTAL	**1**

POLICE/INCARCERATION RELATED

Homicide	0
Suicide	0
Undetermined	1
Accidental	0
Natural	0
TOTAL	**1**

SPORTS/RECREATIONAL RELATED

Accidental	1
TOTAL	**1**

OCCUPATION RELATED

Accidental	2
Undetermined	1
TOTAL	**3**

OTHER

Homicide & Suicide	0
Suicide	0
Homicide	0
Undetermined	0
Accidental	2
Natural	0
TOTAL	**2**

TOTAL INQUESTS **8**

Summary of Inquests and Recommendations - 1997

All Deaths Occurred in 1997.

CASE FILE NO. 2721/97

Cause of Death: Asthma.

Manner of Death: Accident.

Circumstances: Twelve-year old known asthmatic who collapsed at school following a brief spell of feeling unwell. Resuscitation attempts were unsuccessful. She had eaten peanuts about 40 minutes prior to collapsing. She was allergic to peanuts but had no previous history of anaphylactic reaction or respiratory arrest due to allergens.

Judicial Recommendations:

1. The Provincial Government formally adopt the Unified Referral and Intake System (URIS) policy as the policy of the Government with such changes as developing circumstances, since the creation of the URIS manual, warrant.

2. The Department of Education assign a person to monitor throughout the School Divisions, the policies adopted and their implementation.

3. The Minister of Education issue a directive to all School Divisions directing that the provincially adopted guidelines and minimum standards be implemented (with due reference to the "Minister's Directive" of the Department of Education, Prince Edward Island,) as to procedures for dealing with life threatening allergies.

4. The Provincial Government through its Department of Education, give due consideration to the passing of a regulation mandating compliance with the guidelines and minimum standards, as adopted.

CASE FILE NO. 2053/97

Cause of Death: Myocardial ischemia due to coronary artery atheromatous disease.

Manner of Death: Undetermined.

Circumstances: At the beginning of an afternoon shift, a five-man crew went to work on I400 level, 3-shear mining complex. After completing their tasks, the crew went to the next sub-level at I470 to begin

preparations for blasting. Two of the employees were in the process of unloading the remaining explosives into the explosive magazine on I470 sub-level when the blast was detonated. The blast gases came up the adjacent rock pass from the I550 blast level to the I470 level, trapping both men in the smoke and gases. Approximately 15 minutes later the smoke cleared enough for visibility and both men were found with no apparent injuries. They coughed periodically but no one reported the incident. The next day, one of the workers reported off work stating he was not feeling well. The other worker did not report for work or call in sick and, subsequently, was found at home deceased.

Judicial Recommendations:

1. Fail-safe the system to guarantee that the fan starters cannot fail as the tests show. A selector switch is believed to be the solution. Selector switches will be installed and information shared with other mines.

2. A review of guarding/clearing procedure for the I400 three-shear complex is to be conducted with crews. A "Change of Circumstance" to be discussed during this review. All areas including the sub-level on which the blast box is located are to be cleared prior to blast.

3. A review of I400 three-shear complex by the ventilation department including "Change of Circumstance" is to be done, crew reviews to be done when completed.

4. Documentation that crews are informed and involved in the procedure; a rules review is needed. Inspection of blasting operations similar to form II5/2 is a sound direction.

5. A sub-committee will be created to review education of employees on gases, treatment if exposed, and protection against such conditions.

CASE FILE NO. 1908/97

Cause of Death: Cerebral swelling due to head injury.

Manner of Death: Accident.

Circumstances: The deceased, a 16-year old male, hit his head while attending a judo camp. He complained of feeling as if he might "blackout" but no investigation was undertaken. While participating in a sparring demonstration on the following day, he was thrown to the mat and his head impacted the mat. He collapsed after a 5-10 minute period of consciousness and was immediately flown to Winnipeg for treatment. A CT scan showed predominantly right side edema,

possible infarction, and punctate hemorrhages. Despite aggressive therapy his condition continued to deteriorate.

Judicial Recommendations:

Judicial Recommendations have not been received.

CASE FILE NO. 0370/97

Cause of Death: Pneumonia.

Manner of Death: Undetermined.

Circumstances: A 94-year old male resident of a nursing home who was assaulted by his roommate. The roommate had been placed in the nursing home for respite care, secondary to bizarre, aggressive behaviour. He was assessed at the hospital and thought to have only superficial lacerations and multiple bruises. The following day he had a Grand mal seizure and was returned to the hospital. X-rays revealed lung contusions and fractured ribs. The patient continued to deteriorate.

Judicial Recommendations:

1. All future and present nursing homes should be accredited as per the Canadian Council of Health Facility Accreditation Board standards.

2. That all nursing homes be subjected to regular unscheduled inspections to ensure that they are complying with and maintaining standards as per the Canadian Council of Healthy Facility Accreditation Board.

3. Sanctions should be put in place and enforced in order to ensure that standards are met.

4. A one-point multi-disciplinary entry system for all nursing homes in Manitoba should be implemented to ensure that a unified system of screening and entry into nursing homes is established.

5. To ensure that all referrals are dealt with equally, a requirement for standard forms should be implemented; that is, standard forms from all medical, psychiatric, and social workers involved with the individual. These forms should be required for both long-term and respite placements.

6. The paneling and placement procedures should be reviewed in order to allow for placement well before the two-year waiting period as presently exists.

7. Procedures and standard should be established and implemented to ensure that an Admissions Committee is established in each nursing home and they meet on a regular basis to screen all referrals and ensure that the facility is able to accommodate all requirements of the individual resident.

8. Procedures and standards should be established and implemented at each nursing home to closely scrutinize and screen residents when they enter into the nursing home in order to best place them in the appropriate room.

9. Improved training for all nursing home staff in identifying and dealing with overtly aggressive residents.

10. Establish a system of communication between all community agencies and nursing homes in respect to individuals referred to the nursing homes.

11. Better communication system should be established amongst the nursing home staff in respect to the various occurrences of the day with the individual residents, specifically to medical, psychiatric and behavioural needs and events that arise on a daily basis.

12. All nursing homes should be equipped with a facility in order to isolate aggressively acting-out residents on an "as need" short-term basis to ensure the safety of that resident and all other residents.

13. More long-term psycho-geriatric facilities are required in the community that will accept referrals from nursing homes or from the community at large.

14. Nursing home construction in the future should be modeled after the Riverview Nursing Home, which is presently a state-of-the-art facility.

CASE FILE NO. 1145/97

Cause of Death: Drowning after being swept into an open culvert.

Manner of Death: Accident.

Circumstances: The deceased, a 14-year old male, and two friends were "fooling around in a water filled ditch". The water was approximately waist high. A small whirlpool was located in the water and a blue piece of Styrofoam entrapped in the vortex. The deceased grabbed the Styrofoam at which point he was swept into the mouth of the open culvert. Attempts were made to save the deceased but were unsuccessful in preventing him from being swept into the storm water drainage system.

Judicial Recommendations:

1. Inspection of all current open culverts and similar water drainage sites and corrective action such as has been undertaken to prevent a person being swept into such a site.

2. Any new water drainage sites should be constructed with appropriate safeguards to prevent such a tragedy from occurring.

3. Consideration should be given to making the final consultant's report on this subject matter public in order that an informed public debate may take place on the issue of safety in creation of standards for water drainage installation.

4. Encourage continued diligence from both City employees and the public in general in identifying any potentially hazardous sites.

CASE FILE NO. 0218/97

Cause of Death: Massive traumatic injuries due to mining accident.

Manner of Death: Industrial accident.

Circumstances: The deceased, a 32 year old male, was operating a scoop tram in a congested area of an underground mine when it made contact with a six-inch vertical, compressed air line. He was struck by the pipe and fatally injured. The deceased was discovered by his foreman at 8:30 p.m. He had been working alone at the 3200-foot level since approximately 4:00 p.m. Attempts to revive him were unsuccessful.

Judicial Recommendations:

1. Review standards concerning piping, and ensure that all vertical piping is properly secured to walls. This concern has been addressed.

2. Ensure that equipment (eg. scoop tram) is allowed adequate clearance in the work site to properly operate safely. This concern has been addressed.

3. Review "working alone" procedures, including "change of circumstance" possibilities. This concern has been addressed.

4. Provide continuous hazard identification and hazard awareness training for supervisors and Workplace Safety and Health committee members. This has been addressed.

5. Provide continuous hazard awareness training for all underground employees. This has been addressed.

6. Ensure those employees operating machinery (eg. scoop tram) are both qualified and experienced in the operation of the machinery.

7. Overhead protection is now mandatory on all new mobile equipment. The inquest recommends that all existing mobile equipment be provided with a canopy, except in those areas that do not lend themselves to equipment with canopies.

8. All underground piping should be removed to ensure there are no safety concerns. The company is carrying out audits.

9. Supervisors should be limited in regard to the number of double shifts they are allowed to work. The company, union, and Workplace Safety and Health Committee have addressed this concern.

CASE FILE NO. 1816/97

Cause of Death: Gunshot wound to heart.

Manner of Death: Undetermined.

Circumstances: A warrant had been issued for the arrest of this 33-year old male, stemming from alleged threats he had made to his common-law wife and the theft of a police car the previous day. When police arrived to arrest him at his sister's residence, he initially refused to come out of the bedroom. He then exited the house carrying a knife and began to chase one of the officers. An officer shot the male in the chest and leg. The officers were then forced to leave the scene by irate family members. Half an hour later ambulance personnel arrived but were unable to resuscitate him.

Judicial Recommendations:

Judicial Recommendations have not been received.

CASE FILE NO. 1350/97

Cause of Death: Penetrating wound to abdomen from shrapnel due to explosion.

Manner of Death: Industrial accident.

Circumstances: The deceased, a 26-year old male employee of a recycling plant, was operating a shearing machine. He was removing the aluminum ends of spent military mortar shells. An explosion occurred and he was found on a pile of old munitions. He died from a penetrating wound to his abdomen due to shrapnel from the explosion.

Judicial Recommendations:

Judicial Recommendations have not been received.

Addendum to
Summary of Inquests and Recommendations – 1996

When the 1997 Annual Review was being printed, Judicial Recommendations from three Inquests held in 1996 were not available. Since then, recommendations for these Inquests have been received and they form this addendum.

CASE FILE NO. 2336/96

Cause of Death: Asphyxia due to hanging.

Manner of Death: Suicide.

Circumstances: The deceased was an involuntary patient under The Mental Health Act at Victoria General Hospital. She was being treated for severe depression when she was found hanging in a hospital washroom. She had suicidal ideation and had attempted suicide in the past.

Judicial Recommendations:

It is strongly recommended that where, as in the present case, a patient has expressed suicidal idea and/or intent, the nurse should convey this information to other nurses coming on shift. The nurse should also "red-flag" the incident in the patient's hospital records. If a doctor is on duty, they should be informed as well.

Revisions to hospital practices pertaining to suicide prevention are outlined in the Victoria General Hospital's suicide prevention policy. These changes have been instituted as of March 1998.

CASE FILE NO. 2770/96

Cause of Death: Irreversible shock due to mediastinitis and pleural effusion due to ruptured esophagus.

Manner of Death: Industrial accident.

Circumstances: The deceased was apparently at work in a smelter when his clothing caught on fire. He suffered approximately 40-55% burns and was sent to the Health Sciences Centre for treatment (debridement, skin grafts, etc.). Following a surgical procedure he became unresponsive and hypotensive. CPR was unsuccessful.

Judicial Recommendations:

Further to the safety recommendations already implemented, no additional recommendations were made.

CASE FILE NO. 1818/96

Cause of Death: Atheromatous coronary artery disease.

Manner of Death: Natural.

Circumstances: This 85-year old resident of a personal care home suffered a fall sustaining a fractured right elbow. Subsequently in the Pas Health Complex she was found to also have a fractured pelvis and fractured ribs. Her condition continued to deteriorate until her death 11 days later.

Judicial Recommendations:

1. A new, modern, single story, personal care home be erected as soon as reasonably possible and that it have all the necessary equipment to care for its residents.

2. Ensure that the call bell device be readily accessible to all of the residents, especially in the case that they become confined to their bed. All residents should be instructed in the proper use of the device.

3. Reduce the use of the elevator by improving lounge on the floors where the residents actually have their room and by attempting to feed some of the residents there.

4. Renewed efforts to ensure that there are a sufficient number of properly trained physicians in The Pas. Emphasis ought to be placed by the medical school to train medical students who come from rural areas of the province and who express an intention to return to the rural areas of the province.

5. The personal care home should have on staff at least two attending physicians who are remunerated by way of monthly stipend. Attending physicians should have a substantial interest in geriatric care and be knowledgeable of the special problems that exist in the treatment of the elderly.

6. More continuity in the staff and, if necessary to do this, that there be a greater number of full-time permanent positions established.

7. A number of people from other parts of the health care facility had been transferred to the nursing home facility. This resulted in the bumping of people who had been specializing in the care of the elderly. Geriatric nursing is very much a specialty and,

whenever possible, this type of "bumping" ought to be avoided so that the best qualified and best trained nurses and nurses aides in the field remain at the facility.

8. Increase nursing staff so that one licensed practical nurse is available on each floor and an additional registered nurse is available to tend to the most urgent matters and to go from floor to floor for this purpose.

9. The recent cutback in January 1996 that decreased a few hours from the afternoon nurses' aide shift ought to be rescinded. Nurses' aids should remain at work until later in the evening.

10. The staff, including nursing assistants and licensed practical nurses, ought to be more actively encouraged to attend available in-service training. In addition, they should be properly reimbursed for the full expenses of taking the in-service, or training, and for the time they are at these in-services.

11. In addition to identifying those residents who are at high risk of falling, that those who are at the greatest risk of suffering severe injuries from falls ought to be identified.

12. Communication between physicians, caregivers, and family members should start immediately upon the admission of a person to a personal care home. This can be done by way of advanced directives whereby the attending physician or family physician discusses with the resident and the family members what is to occur in the event of a probable imminent death.

13. Physicians should be encouraged to have family conferences, when it becomes reasonably apparent that death is imminent, and to be compensated for this service.

14. Younger physicians, who have difficulty accepting the notion of death, be encouraged to consult with a more experienced colleague who could assist them with these family conferences, and that both be compensated adequately for this service.

15. Recommend that, in the training of medical students, adequate time be dedicated in order that they may be able to properly deal with the issue of approaching the family and advising them of the imminent death of their family member and the various alternatives.

16. Further training of both physicians and nurses be available in the field of palliative care, which would of course include the proper use of medications and other comfort care. That these seminars are made compulsory for all of those who deal, on a regular basis, with patients who are dying and are in significant pain.

17. The formulary at the Medical Ward of St. Anthony's Hospital be properly stocked to ensure that all necessary comfort care medications are available.

18. All physicians who come into the community and, for that matter, commence practice in Manitoba, be provided with information as to the types of deaths which are reportable to the medical examiner.

19. When there has been an unlawful removal of a body, the medical examiner be required to report this fact to the Chief Medical Examiner in a timely manner, in order that the Chief Medical Examiner may determine whether or not charges ought to be instituted pursuant to the Fatality Inquiries Act.

Summary of Chief Medical Examiner's Recommendations to the Minister of Family Services - 1998

Section 10(1) of *The Fatality Inquiries Act* states:

> Where the chief medical examiner receives an inquiry report with respect to a deceased child and, at the time of death of the child or within the two year period preceding the death,
>
> (a) the child is or was in the care of an agency as defined in The Child and Family Services Act; or
>
> (b) a parent, guardian or sibling of the child is or was in receipt of services under The Child and Family Services Act;
>
> the chief medical examiner shall, for the purpose of assessing the quality or standard of care or service provided to the child or to the parent, guardian or sibling of the child, examine the records of the agency with respect to the child or the parent, guardian or sibling and shall review the actions taken by the agency in relation to the child or the parent, guardian or sibling.

In carrying out this review, the Chief Medical Examiner is authorized to examine agency records and to make necessary confidential copies as required, to interview agency staff, and to exercise any other investigative powers under *The Fatality Inquiries Act*, Sections 7(5) and 9(7).

In accordance with subsection 10(5), the CME may include in the annual report, a summary of the recommendations contained in the reports prepared under subsection 10(3) in the previous year. This summary is provided without disclosing the name of an individual or agency or any information that might identify a child or the parent or guardian of a child.

CASE FILE NO. 0212/98

Cause of Death: Sudden unexpected death.

Manner of Death: Undetermined.

Circumstances: An infant died at home.

Recommendations:

The Chief Medical Examiner made two recommendations concerning the services provided to the deceased child and his/her family. The first recommendation related to a delay in responding to a referral of possible child abuse or neglect. The second concerned

gaps in the written record which made it difficult to determine what services the family received while the Agency in question was involved with the family.

CASE FILE NO. 0474/98

Cause of Death: Immune deficiency.

Manner of Death: Natural.

Circumstances: An infant died in hospital of complications related to a congenital immune deficiency.

Recommendations:

The Chief Medical Examiner made two recommendations with respect to the services provided by the Agency concerned. The first recommendation was that the Program Standards for service to minor parents be met. The second recommendation was that the Agency assess the situation of the surviving child as the parents had problems that impacted on their ability to care for that child.

CASE FILE NO. 0571/98

Cause of Death: Asphyxia due to smoke inhalation.

Manner of Death: Accident.

Circumstances: A child died in a house fire.

Recommendations:

The Chief Medical Examiner made three recommendations regarding historical incidents of alleged child physical and sexual abuse. The first recommended that an allegation of sexual abuse against one of the adults be investigated and resolved. The second recommendation was that an allegation of physical abuse also be investigated. The third recommended that an allegation of abuse in a foster home be investigated.

CASE FILE NO. 0907/98

Cause of Death: Prematurity.

Manner of Death: Natural.

Circumstances: A premature infant died in hospital less than 48 hours after birth.

Recommendations:

The Chief Medical Examiner made four recommendations regarding the services provided to this child's family. The first recommendation was that the Agency concerned complete a risk assessment with respect to younger children in the family. The second was that identifying information be complete with respect to family members. The third was that incidents of abuse be reported as required in the provincial Program Standards. The final recommendation was that information intended for a particular family member be communicated directly to that person.

CASE FILE NO. 1114/98

Cause of Death: Battered Child; Shaken Baby Syndrome.

Manner of Death: Homicide.

Circumstances: An infant died while in the care of the non-custodial parent.

Recommendations:

The Chief Medical Examiner recommended that the Provincial Program Standards be amended to require assessments of the parenting skills of custodial and non-custodial parents by Agency staff at a time when these individuals are providing care for the infants in question.

CASE FILE NO. 1165/98

Cause of Death: Asphyxia due to drowning.

Manner of Death: Accident.

Circumstances: A youth in foster care drowned while swimming with other children.

Recommendations:

The Chief Medical Examiner made five recommendations with respect to the service provided to this child. Three recommendations supported actions to improve service as recommended by the Agency in its own internal review of the circumstances of the child's death. A fourth recommendation was that the foster home, in which children requiring a higher level of care were placed, be equipped with alarms to warn the foster parents if children leave the home at night. The final recommendation was that foster home studies take into consideration the neighbourhoods of potential foster homes with

respect to positive features such as parks or rural seclusion as well as negative features such as bodies of water or heavy vehicular traffic. This information should be incorporated into supervision plans for the children placed in these homes.

CASE FILE NO. 1204/98

Cause of Death: Shaken Baby Syndrome.

Manner of Death: Homicide.

Circumstances: An infant was brought to hospital with a reported seizure. Upon examination it was discovered that the child had physical indicators consistent with Shaken Baby Syndrome. The child died of the effects of the shaking.

Recommendations:

The Chief Medical Examiner had five recommendations to make with respect to the services provided to this child and his/her family. The first was that the mandate for child protection be reviewed with Agency staff. The second and third recommendations dealt with the need for the Agency to train its workers in risk assessment and to adopt a validated instrument for assessing risk. The fourth was that the Agency develop a protocol for monitoring high-risk families. The fifth recommendation was that provincial Program Standards should be met in assessment, planning and service delivery for families receiving child protection services from the Agency.

CASE FILE NO. 2388/98

Cause of Death: Asphyxia due to hanging.

Manner of Death: Suicide.

Circumstances: A youth, identified as at a high risk for self-injury, committed suicide.

Recommendations:

The Chief Medical Examiner made four recommendations with respect to the services provided to this child's family. The first was that the Agency and the provincial Child and Family Support Branch take preventive action to safeguard the well being of the surviving children. The second was that the Agency develop and implement treatment and service plans for the surviving children. The third recommendation was that the Agency relay the Chief Medical Examiner's concerns about a family member to the

appropriate out-of-province child welfare agency. The final recommendation was that the Branch review the repeated use of short-term placements in families with chronic difficulties in keeping children safe.

CASE FILE NO. 0254/98

Cause of Death: Bronchopneumonia.

Manner of Death: Undetermined.

Circumstances: A handicapped child died from bronchopneumonia.

Recommendations:

The Chief Medical Examiner made three recommendations concerning the services received by the family of the deceased child. The first was that Agency files should be maintained according to provincial standards. The second recommendation was that the Agency ensure that casework with families is supervised regularly and effectively. The last recommendation was that Program Standards be followed with respect to discharging children from foster care and ensuring their safety at home.

CASE FILE NO. 0580/97

Cause of Death: Sudden Infant Death Syndrome.

Manner of Death: Undetermined.

Circumstances: An infant died of Sudden Infant Death Syndrome while co-sleeping with siblings and a parent.

Recommendations:

The Chief Medical Examiner made four recommendations with respect to the services provided to the deceased child and his/her family. Three were directed to the Agency and dealt with the need to keep complete and accurate records of services provided to families. The fourth recommendation was that the Department of Family Services develop uniform standards for recording information concerning families receiving services from child and family service agencies.

CASE FILE NO. 0868/97

Cause of Death: Arrhythmia due to prolonged Q-T Syndrome.

Manner of Death: Undetermined.

Circumstances: A youth in foster care died unexpectedly.

Recommendations:

The Chief Medical Examiner made six recommendations with respect to the services provided to this youth's family. The first recommendation was that the Agency comply with provincial Program Standards regarding the reporting of firearms and other weapons and that an incident involving the use of a firearm be reported to the local police force. The second recommendation dealt with assessing risk factors in this family. The Chief Medical Examiner's third recommendation related to reconsidering Agency protocols for sanctioning physical restraint of a child. The fourth recommendation dealt with obtaining detailed health histories of children placed in Agency care while the fifth recommended a provincial health history format be developed for use in such situations. The last recommendation was the Agency obtain a current version of a family assessment measure to replace an older version.

CASE FILE NO. 1420/97

Cause of Death: Multiple injuries due to pedestrian/vehicle accident.

Manner of Death: Accident.

Circumstances: A youth was believed to have fallen off one vehicle into the path of another.

Recommendations:

The Chief Medical Examiner made two recommendations concerning the services provided to this youth's family. The first was that the provincial Program Standards for service planning, implementation and monitoring be followed by one of the Agencies concerned. The second was that the two Agencies involved with this youth's family review a past incident of sexual abuse concerning an older sibling and consider registering on the province's Child Abuse Registry an individual with a previous conviction for sexual offences.

CASE FILE NO. 1889/97

Cause of Death: Undetermined.

Manner of Death: Undetermined.

Circumstances: A premature infant born to a mother with multiple addictions died of undetermined causes.

Recommendations:

The Chief Medical Examiner recommended that the Agency concerned utilize its reunification service in any attempt to return the surviving siblings to their father. The second recommendation was that the father's alcohol abuse be discussed in his therapy. The third recommendation was that the father acknowledge his use of violence toward the children's mother and one daughter as part of the therapeutic process. The Chief Medical Examiner's fourth recommendation was that the Agency ascertain the identity of baby-sitters used by the father. The final recommendation was that the investigation of a complaint by one of the deceased child's siblings concerning a foster home be completed and recorded in the file.

CASE FILE NO. 2358/97

Cause of Death: No anatomical cause of death.

Manner of Death: Undetermined.

Circumstances: An infant died at home of undetermined causes.

Recommendations:

The Chief Medical Examiner had two recommendations to make with respect to the services provided to this child and his/her family. The first was that an Agency become involved if one of the child's parents were to resume parenting in the future. The second was that a history of violence regarding one parent be recorded in the Child and Family Services Information System.

CASE FILE NO. 2423/97

Cause of Death: Battered Child; Shaken Baby Syndrome.

Manner of Death: Homicide.

Circumstances: A child died after being reunited with his/her parents.

Recommendations:

The Chief Medical Examiner made eight recommendations with respect to the services provided to the family of the deceased child. The first recommendation was the Agency ensure that it maintain its primacy with respect to decisions made to protect children. The

second was that a service plan be developed to meet the needs of the surviving siblings. Three recommendations focussed on the need for the Agency to complete investigations of alleged physical and sexual abuse. A sixth recommendation was that the Agency follow provincial Program Standards with respect to foster care placements using homes licensed by another Agency. The seventh recommendation was that there be an assessment of the deceased child's family. The final recommendation was that provincial Program Standards be followed with respect to moving children between foster homes and discharging them from Agency care.

CASE FILE NO. 2443/97

Cause of Death: Asphyxia due to hanging.

Manner of Death: Suicide.

Circumstances: A youth committed suicide at home by hanging. The youth had recently seen a mental health worker and had agreed to a safety plan and to an appointment several days in the future.

Recommendations:

The Chief Medical Examiner recommended that the Department of Family Services create a place of safety for intoxicated and/or suicidal youth in northern Manitoba, if such a facility did not exist.

CASE FILE NO. 2568/97

Cause of Death: Disseminated herpes simplex.

Manner of Death: Natural.

Circumstances: An infant in foster care died in hospital.

Recommendations:

The Chief Medical Examiner made seven recommendations with respect to the services provided to the deceased child and his/her family. Two recommendations dealt with maintaining complete records on contacts with adults and children receiving service and with ensuring that complete health records are kept for children in Agency care. Four recommendations dealt with foster homes for children in care of the Agency. The Chief Medical Examiner recommended that the Agency place children only in licensed foster homes and that such homes meet a reasonable standard of safety and hygiene. The Chief Medical Examiner further recommended that unlicensed homes used by the Agency as "Places of Safety", including the home in question, begin the foster home application and

study process within the time frame required in the provincial Program Standards. The final recommendation referred to a letter of support placed on the foster home file and the circumstances under which it was placed there.

CASE FILE NO. 2653/97

Cause of Death: Extreme prematurity.

Manner of Death: Natural.

Circumstances: A premature infant died in hospital.

Recommendations:

The Chief Medical Examiner recommended that information required by the Agency be obtained by a social worker fluent in the parent's first language.

CASE FILE NO. 3144/97

Cause of Death: Seizure disorder.

Manner of Death: Natural.

Circumstances: A child in foster care died at home.

Recommendations:

The Chief Medical Examiner made two recommendations with respect to the services provided to the deceased child and his/her family. The first was that the Agency develop policies to ensure that appropriate placements for handicapped children are found with as little delay as possible. The second recommendation was that the Agency follow provincial Program Standards for hiring support workers and for monitoring the services provided to families receiving such services.

CASE FILE NO. 1910/96

Cause of Death: Multiple injuries due to pedestrian/vehicle accident.

Manner of Death: Accident.

Circumstances: An impaired driver caused a child's death.

Recommendations:

The Chief Medical Examiner made seven recommendations with respect to the services provided by the Agency to the deceased child and his/her family. The first recommendation was that the Agency involved with the deceased child's family complete an assessment as required in the provincial Program Standards. Two recommendations focussed on assessing the situation and circumstances of the two eldest children in the family. A fourth recommendation was that the Agency assess the family circumstances of another child present at the accident scene. Two recommendations dealt with the need to update and cross reference information on the Child and Family Services Information System. The seventh recommendation was that the Agency respond to a referral from another child and family services agency.

CASE FILE NO. 2783/96

Cause of Death: Multiple trauma due to motor vehicle accident.

Manner of Death: Accident.

Circumstances: This child, a passenger in a vehicle driven by a family member under the influence of alcohol, died as a result of multiple trauma.

Recommendations:

The Chief Medical Examiner made seven recommendations concerning the services provided by two Manitoba child and family services agencies to the deceased child and his/her family. Four recommendations dealt with the processes and actions involved in the investigation of a disclosure of sexual abuse made by one of the children in the family, including obtaining treatment for the victim. A fifth recommendation dealt with the need to fully investigate reports of neglect and to record the results of investigations according to the provincial Program Standards. Another recommendation focused on the need to ensure that service to families is adequately documented. The seventh recommendation was that a second agency ensure the safety of a sibling in foster care when visiting the deceased child's family.

CASE FILE NO. 2803/96

Cause of Death: Sepsis.

Manner of Death: Natural.

Circumstances: A youth in foster care died in hospital.

Recommendations:

The Chief Medical Examiner recommended that the Agency conduct a risk assessment with respect to any children living with the deceased youth's biological family.

CASE FILE NO. 1221/93

Cause of Death: Pulmonary edema due to inhalation of solvents.

Manner of Death: Accident.

Circumstances: A youth, who was sniffing gasoline with friends, collapsed and could not be revived.

Recommendations:

The Chief Medical Examiner had three recommendations to make with respect to the services provided to this young person and his/her family. The first was that the Agency provide assistance to the youth's parents and a foster child in resolving interpersonal conflicts. The Chief Medical Examiner also recommended that the Agency investigate reports of drug use by the parents to determine if these are accurate. The final recommendation is that the Agency follow provincial Program Standards with respect to service planning and implementation.

In addition to the 23 deaths described above, reviews of the deaths of 12 more children were conducted during 1998 (a total of 35 cases). The Chief Medical Examiner made no recommendations regarding these 12 deaths with respect to the services provided by the Agencies concerned. The Chief Medical Examiner commended the Agencies in 3 of the 12 cases in which no recommendations were made for the quality of the services provided to the children and their families.

For more information or additional copies of this report, contact:

Office of the Chief Medical Examiner
Suite 210-1 Wesley Avenue
Winnipeg, Manitoba R3C 4C6

Phone: (204) 945-2088
Fax: (204) 945-2442

Justice Manitoba
Manitoba Justice

BUREAU
DU
MÉDECIN LÉGISTE EN CHEF

T. Balachandra
M.B.B.S., F.R.C.P.C., F.C.A.P.
Médecin légiste en chef

RAPPORT ANNUEL
1998

TABLE DES MATIÈRES

Historique 1

Introduction 2

Statistiques sur l'ensemble des cas 3

Catégories de décès ayant fait l'objet d'enquêtes et d'attestations 5

- **Homicides** 5
- **Suicides** 6
- **Accidents non routiers** 8
- **Accidents routiers** 8
- **Morts naturelles** 9
- **Enfants pris en charge** 10
- **Mort subite du nourrisson** 11
- **Morts dont la nature est inconnue** 12

Enquêtes médico-légales 13

Résumé des enquêtes médico-légales et des recommandations pour 1997 14

Annexe aux enquêtes médico-légales et aux recommandations de 1996 21

Recommandations du médecin légiste en chef au ministre des Services à la famille – 1998 25

HISTORIQUE

(La fonction de coroner et celle de médecin légiste)

Les fonctions anciennement attribuées au coroner pour lui permettre de remplir ses obligations juridiques et non juridiques sont actuellement celles du médecin légiste.

Le terme « coroner » tire son origine de l'ancienne orthographe française du mot « crown ». On a originellement créé la charge de « crowner » (représentant de la Couronne) dans le but de s'assurer que la Couronne recevait les revenus qui lui revenaient à la suite de morts subites ou inexpliquées.

La première loi visant la charge de coroner a été le Statut de Westminster de 1275, qui a établi cette fonction pour des besoins de perception de revenus. Au cours des années, la législation britannique a modifié les responsabilités du coroner de façon que celui-ci puisse enquêter sur les morts violentes ou non naturelles. Cependant, l'élément de revenu a été conservé sous la forme d'honoraires payables au coroner pour chaque enquête médico-légale.

De par sa tradition en *common law*, le Canada a hérité des concepts de coroner et d'enquête médico-légale. La *common law* a accordé au coroner le droit de porter des accusations contre des personnes suite à des enquêtes sur des meurtres ou des homicides involontaires, d'amener ces personnes devant les tribunaux et d'attester de la preuve. Ces pouvoirs ont été intégrés au Code criminel du Canada en 1892, exception faite du pouvoir de mise en accusation que l'on a supprimé la même année.

On a par la suite adopté diverses lois provinciales qui ont permis de définir la sphère d'attributions et le rôle du coroner, et de confirmer son pouvoir d'enquêter sur les décès, de former des jurys et de mener des enquêtes médico-légales. La fonction de coroner subsiste encore dans certains territoires et provinces.

Compte tenu de l'évolution de la criminalistique et de la spécialisation de certains pathologistes en médecine légale, et étant donné que la plupart des cas à rapporter étaient de nature médicale, il a semblé logique que des médecins plutôt que des coroners profanes se chargent des dossiers. C'est ainsi qu'a été établie la fonction de médecin légiste.

Dès 1971, le gouvernement du Manitoba a remplacé la *Loi sur les coroners* par la *Loi sur les enquêtes médico-légales*. Réadoptée en 1975 et de nouveau en 1987, cette loi est restée en vigueur jusqu'au 14 mai 1990, date à laquelle on a promulgué la nouvelle *Loi sur les enquêtes médico-légales*.

La loi actuelle a les caractéristiques suivantes : partage des responsabilités entre les disciplines médicale et légale; l'enquête préliminaire sur la cause et la nature du décès est menée par un médecin ayant compétence reconnue; et l'enquête médico-légale est entendue par un juge de la Cour provinciale sans jury, quand on le juge opportun.

Par ce bref historique, nous avons voulu souligner que la charge de médecin légiste, bien que récente, est juridiquement et fonctionnellement en place au Manitoba et qu'elle a entièrement remplacé celle de coroner.

INTRODUCTION

En vertu de la *Loi sur les enquêtes médico-légales* et de la *Loi sur les statistiques de l'état civil*, le personnel du Bureau du médecin légiste en chef est chargé de faire des recherches et des enquêtes sur toutes les morts violentes de même que sur les décès inattendus, inexpliqués ou attribuables à l'absence de soins médicaux, ainsi que d'attester de ces morts. D'autres enquêtes visent certains décès survenus dans des hôpitaux ou des établissements. C'est notamment le cas des personnes qui meurent au cours de la période de dix jours qui suit une intervention chirurgicale ou une anesthésie, ou dans les vingt-quatre heures suivant une admission. Il en est de même du décès des personnes en placement non volontaire ou des résidents dans les foyers de soins personnels. De plus, dans le cas du décès d'un enfant confié à un organisme de services à l'enfant et à la famille, le médecin légiste en chef est tenu d'examiner les mesures prises par l'organisme en question.

Le médecin légiste en chef a compétence dans toute la province du Manitoba, dont la population est d'environ 1,15 million d'habitants. Il a également compétence sur les personnes qui sont de passage dans la province.

Le réseau des médecins légistes, sous la direction du médecin légiste en chef, est administré à partir du bureau central de Winnipeg. Le personnel du bureau central administre le réseau dans toute la province du Manitoba et compte, comme employés permanents, un agent administratif, six enquêteurs et trois secrétaires administratives. On a recours aux services de 75 médecins légistes qui travaillent à temps partiel et sont rémunérés à l'acte. De plus, on peut faire appel à des pathologistes, à des entrepreneurs de pompes funèbres et à des services ambulanciers, également payés à l'acte.

Dans la ville de Winnipeg, les enquêteurs sont de service jour et nuit. Les médecins légistes, quant à eux, travaillent à temps partiel et par roulement. Dans les régions rurales du Manitoba ainsi que dans d'autres villes, comme Brandon, Thompson, etc., les médecins légistes offrent leurs services à temps partiel et sur demande jour et nuit.

Les tests de dépistage de la consommation de drogues et d'alcool sont effectués par le Laboratoire judiciaire de la Gendarmerie royale du Canada et par le service de biochimie de l'Hôpital général de Saint-Boniface. D'autres examens spécialisés sont offerts sur demande, en utilisant des ressources tant au Manitoba qu'à l'extérieur de la province.

En 1998, 5 169 décès ont été rapportés au Bureau du médecin légiste. Le personnel du Bureau a fait enquête sur 3 178 de ces décès, ce qui représente 33 % de tous les décès survenus au Manitoba pendant l'année. Dans chaque cas, le rapport produit par le médecin légiste ou l'enquêteur indiquait la cause ou la nature du décès, l'identité et l'âge du défunt ainsi que les circonstances de la mort. Dans de nombreux cas, des agents de police, soit la GRC soit des services de police municipaux, ont aidé les médecins légistes à mener leurs enquêtes.

En janvier 1985, les employés du bureau du médecin légiste en chef ont commencé à participer activement au programme de don des yeux. Peu après le décès de la personne, ils communiquaient avec les proches parents pour leur demander de consentir à faire don des cornées du défunt. Ce programme a permis de faire régulièrement des dons à la banque des yeux du club Lions.

Nous tenons à exprimer notre reconnaissance à tous les services chargés de l'application de la loi et aux organismes connexes qui ont collaboré aux enquêtes menées par notre bureau au cours de l'année. Nous remercions aussi l'ensemble des médecins légistes qui ont fait preuve de beaucoup de dévouement et de professionnalisme malgré les conditions souvent difficiles.

STATISTIQUES SUR L'ENSEMBLE DES CAS EN 1998

TOTAL DES CAS

CAS ATTESTÉS

Nature de la mort	Nombre de cas	Taux global par tranche de 100 000 habitants
Mort naturelle	2 594	226,91
Accidents :		
Au foyer	80	7,00
Ailleurs	56	4,90
Au lieu de travail	14	1,22
En véhicule automobile	146	12,77
Suicides	151	13,21
Homicides	32	2,80
Nature inconnue	105	9,19
Total	**3 178**	**278,00**

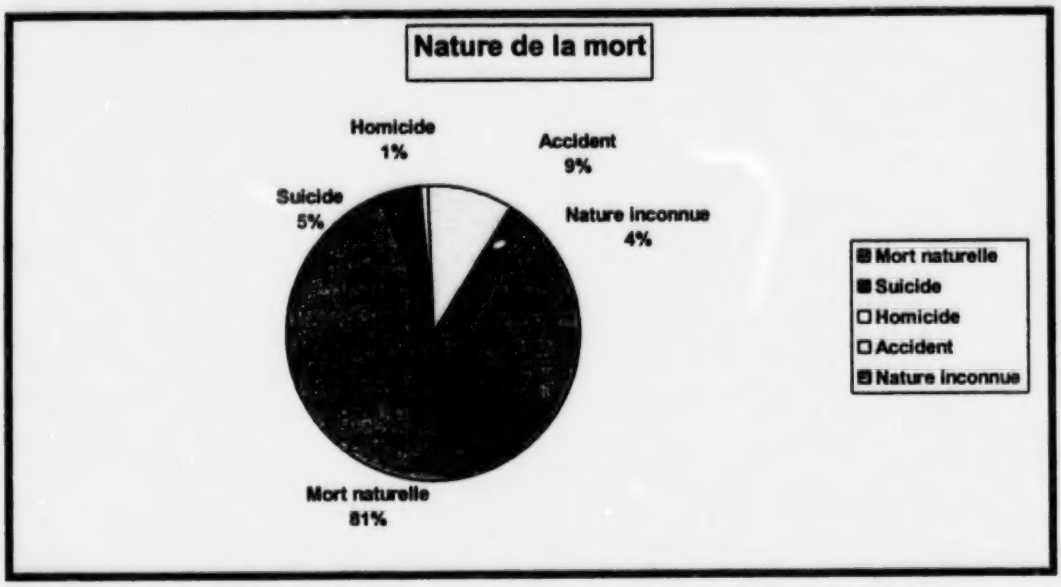
Note : Il a été établi que 1 141 morts naturelles devraient faire l'objet d'une enquête par le Bureau du médecin légiste.

RÉPARTITION DES CAS PAR RÉGION

	Région urbaine	Région rurale	Total
Mort naturelle	2 120	474	2 594
Accidents :			
Au foyer	61	19	80
Ailleurs	18	38	56
Au lieu de travail	4	10	14
En véhicule automobile	51	95	146
Suicides	70	81	151
Homicides	22	10	32
Nature inconnue	72	33	105
TOTAL	**2 418**	**760**	**3 178**

Note : Dans ces statistiques, le terme « région urbaine » se rapporte à Winnipeg et à Brandon seulement, même si d'autres villes du Manitoba pourraient être considérées comme des « régions urbaines ».

CAS AYANT FAIT L'OBJET D'ENQUÊTES PAR LES MÉDECINS LÉGISTES



RÉSUMÉ STATISTIQUE DU TOTAL DES CAS POUR LA PÉRIODE DE 1980 À 1998

ANNÉE	TOTAL
1980	2 480
1981	2 683
1982	2 480
1983	2 545
1984	2 386
1985	2 522
1986	2 605
1987	2 503
1988	2 541
1989	2 582
1990	2 633
1991	2 713
1992	2 741
1993	2 850
1994	3 150
1995	3 188
1996	3 031
1997	3 197
1998	3 178

CATÉGORIES DE DÉCÈS AYANT FAIT L'OBJET D'ENQUÊTES ET D'ATTESTATIONS

HOMICIDES

	Hommes	Femmes	TOTAL
Région urbaine	13	9	22
Région rurale	9	1	10
TOTAL	**22**	**10**	**32**

HOMICIDES SELON L'ÂGE ET LA MÉTHODE UTILISÉE

Méthode Âge :	**0-9**	**10-19**	**20-29**	**30-39**	**40-49**	**50-59**	**60 +**	**TOTAL**
Armes à feu	0	0	2	1	0	0	0	3
Instruments contondants - Violence	0	1	2	2	1	2	4	12
Agression à coup d'objets pointus - Coupure	0	0	3	1	1	1	0	6
Violence grave faite aux enfants	4	0	0	0	0	0	0	4
Violence familiale	1	1	1	1	1	0	0	5
Autre	0	0	0	0	2	0	0	2
TOTAL	**5**	**2**	**8**	**5**	**5**	**3**	**4**	**32**

SUICIDES SELON L'ÂGE ET LE SEXE

SEXE ÂGE :	0-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	> 80	TOTAL
HOMMES									
N. AUTOCHTONES	3	15	22	22	10	6	10	7	95
AUTOCHTONES	8	10	5	2	0	1	0	0	26
FEMMES									
N. AUTOCHTONES	2	2	4	3	5	4	0	1	21
AUTOCHTONES	4	3	1	1	0	0	0	0	9
TOTAL	**17**	**30**	**32**	**28**	**15**	**11**	**10**	**8**	**151**
TAUX/ 100 000 HABITANTS	**5,24**	**19,58**	**18,05**	**16,60**	**12,54**	**12,81**	**13,84**	**19,01**	**13,21**

Note : Le taux par 100 000 habitants est calculé en fonction de la population par groupes d'âge au Manitoba en 1998.

SUICIDES SELON LA RÉGION ET LE MOIS

Mois de l'année	Région urbaine	Région rurale	TOTAL
Janvier	6	5	11
Février	4	9	13
Mars	6	8	14
Avril	9	5	14
Mai	4	5	9
Juin	5	6	11
Juillet	5	4	9
Août	7	9	16
Septembre	9	10	19
Octobre	6	10	16
Novembre	6	5	11
Décembre	3	5	8
TOTAL	**70**	**81**	**151**

TAUX DE SUICIDE PAR TRANCHE DE 100 000 HABITANTS AU MANITOBA ET PAR ANNÉE

ANNÉE	Population estimée (en milliers)	Total des suicides	Taux par tranche de 100 000 habitants
1980	1024,9	126	12,29
1981	1026,2	151	14,71
1982	1034,5	149	14,40
1983	1048,1	172	16,41
1984	1058,8	151	14,27
1985	1070,6	141	13,17
1986	1071,2	168	15,68
1987	1080,3	172	15,92
1988	1084,0	175	16,14
1989	1084,8	158	14,56
1990	1091,6	158	14,47
1991	1133,1	164	14,47
1992	1113,1	159	14,28
1993	1125,8	148	13,15
1994	1132,8	145	12,80
1995	1140,5	147	12,88
1996	1144,6	154	13,46
1997	1146,3	172	15,00
1998	1143,4	151	13,21

MÉTHODE DE SUICIDE

	Hommes	Femmes	Total	Total (en pourcentage)
Surdosage de drogue, poison	5	11	16	10,6 %
Oxyde de carbone	17	0	17	11,3 %
Pendaison, strangulation	55	14	69	45,7 %
Noyade	3	1	4	2,6 %
Armes à feu	30	1	31	20,5 %
Saut	1	1	2	1,3 %
Autre	10	2	12	7,9 %
TOTAL	**121**	**30**	**151**	**100,0 %**

ACCIDENTS NON ROUTIERS

LIEU DE TRAVAIL

Ferme	6
Mine	1
Autre	7
TOTAL	**14**

AILLEURS

Aéronef	5
Exposition au froid ou à la chaleur	6
Noyade	20
Intoxication oxycarbonée	0
Chute	3
Chasse	1
Chute d'objets	2
Crise de restaurantose	0
Accident thérapeutique	2
Accident diagnostique	0
Accident relié à un animal	1
Autre	16
TOTAL	**56**

AU FOYER

Chute	34
Asphyxie	8
Inhalation (maison en flammes)	9
Brûlure, ébouillantage	0
Électrocution	0
Drogues, alcool	15
Inhalation (reniflette)	0
Crise de restaurantose	0
Auto érotisme	2
Noyade	2
Autre	10
TOTAL	**80**

GRAND TOTAL **150**

ACCIDENTS ROUTIERS

Véhicule - piéton	28
Autobus - piéton	0
Train – piéton	0
Véhicule - véhicule	55
Un seul véhicule	38
Motoneige	8
Vélo tous terrains	4
Minivélo – tous terrains	0
Autocaravane	0
Véhicule de plaisance	0
Véhicule - train	3
Véhicule – objet fixe	0
Plusieurs véhicules	2
Motocyclette	2
Véhicule - motocyclette	0
Véhicule - bicyclette	5
Véhicule - animal	0
Autre	1
TOTAL	**146**

Accidents non routiers	**150**
Accidents routiers	**146**
Total des morts accidentelles	**296**

MORTS NATURELLES

CAUSE DE LA MORT	HOMMES	FEMMES	TOTAL
Maladie du coeur	719	492	1 211
Cancer	117	88	205
Maladie pulmonaire	219	202	421
Hémorragie	132	129	261
Préopératoire	12	0	12
Postopératoire	64	52	116
Sida	3	1	4
Mort-né	1	0	1
Cause inconnue	4	4	8
Autre	163	192	355
TOTAL	**1 434**	**1 160**	**2 594**

MORTS NATURELLES SELON L'ÂGE

GROUPE D'ÂGE	HOMMES	FEMMES	TOTAL
Mort-né	1	0	1
Moins d'un an	45	35	80
1 - 9	7	9	16
10 - 19	8	4	12
20 - 29	9	8	17
30 - 39	27	13	40
40 - 49	71	37	108
50 - 59	134	67	201
60 - 69	274	157	431
70 - 79	406	330	736
80 - 89	379	364	743
90 - 99	72	130	202
Plus de 100 ans	1	6	7
TOTAL	**1 434**	**1 160**	**2 594**

Note : Depuis le mois de mai 1995, à la suite d'une décision de la Cour provinciale du Manitoba, les cas d'enfants mort-nés ne font plus l'objet d'enquêtes.

DÉCÈS D'ENFANTS PRIS EN CHARGE RAPPORTÉS *

ANNÉE	HOMMES	FEMMES	TOTAL
1991	16	17	33
1992	16	10	26
1993	18	12	30
1994	36	32	68**
1995	27	21	48**
1996	33	19	52***
1997	30	31	61
1998	30	25	55
TOTAL	**206**	**167**	**373**

* Conformément au paragraphe 10(1) de la *Loi sur les enquêtes médico-légales*.

** Les cas d'enfants mort-nés étaient rapportés en 1994 et 1995. Cependant, depuis le mois de mai 1995, conformément à une décision de la Cour provinciale du Manitoba, les cas d'enfants mort-nés ne font plus l'objet d'enquêtes.

*** La mise à jour des données de 1996 a été fournie par le ministère des Services à la famille.

RÉSUMÉ DES MORTS D'ENFANTS
(Âgés de 0 à 17 ans inclusivement)

NATURE DU DÉCÈS	HOMMES	FEMMES	TOTAL
Causes naturelles	61	44	105
Accidents au foyer	6	5	11
Accidents hors du foyer	8	4	12
Accidents au lieu de travail	0	0	0
Suicides	4	3	7
Homicides	3	3	6
Causes inconnues	14	4	18
Accidents d'automobile	13	11	24
TOTAL	**109**	**74**	**183**

MORT SUBITE DU NOURRISSON (MSN) 1987 - 1998

1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
13	17	21	24	12	14	11	12	15	11	12	8

MORT SUBITE DU NOURRISSON (MSN)

Groupe d'âge	0-4 mois	5-8 mois	9-12 mois	Total
Janvier	0	1	0	1
Février	1	0	0	1
Mars	0	0	0	0
Avril	0	0	0	0
Mai	1	0	0	1
Juin	0	1	0	1
Juillet	1	0	0	1
Août	0	0	0	0
Septembre	2	0	0	2
Octobre	1	0	0	1
Novembre	0	0	0	0
Décembre	0	0	0	0
TOTAL	**6**	**2**	**0**	**8**

En 1998, il y a eu 8 cas de MSN au Manitoba, soit une incidence globale d'un cas sur 1 860 naissances. Bien que la MSN puisse survenir à n'importe quel moment durant la première année de la vie, c'est au cours des cinq premiers mois qu'elle se produit le plus souvent.

MORTS DONT LA NATURE EST INCONNUE*

CAUSE DE LA MORT	HOMMES	FEMMES	TOTAL
Asphyxie	1	0	1
Intoxication oxycarbonée	4	0	4
Aucune cause physique connue**	24	16	40
Surdose de drogue ou d'alcool	14	10	24
Chute	1	0	1
Exposition au froid ou à la chaleur	2	0	2
Autre	20	13	33
TOTAL	**66**	**39**	**105**

Note : La cause des morts dont la nature est inconnue peut changer à la suite des tests de dépistage de la consommation de drogues et d'alcool.

* Le terme « nature inconnue » indique qu'il a été impossible de déterminer si la mort a résulté d'un suicide, d'un homicide ou d'un accident.

**Dans la catégorie « aucune cause physique connue », on trouve aussi des morts dont la nature est inconnue.

ENQUÊTES MÉDICO-LÉGALES

RÉSUMÉ

(Du 1er janvier au 31 décembre 1997)

Recommandations judiciaires visant la prévention de morts semblables

Nature du décès	Recommandations proposées	Recommandations non proposées	Recommandations non reçues	Total
Mort naturelle	0	0	0	0
Homicide	0	0	0	0
Suicide	0	0	0	0
Accident	3	0	2	5
Inconnue	2	0	1	3
TOTAL	**5**	**0**	**3**	**8**

CATÉGORIES D'ENQUÊTES MÉDICO-LÉGALES

HÔPITAL OU ÉTABLISSEMENT

Nature inconnue	1
Accident	0
Suicide	0
Mort naturelle	0
TOTAL	**1**

POLICE OU INCARCÉRATION

Homicide	0
Suicide	0
Nature inconnue	1
Accident	0
Mort naturelle	0
TOTAL	**1**

ACTIVITÉS SPORTIVES OU RÉCRÉATIVES

Accident	1
TOTAL	**1**

EMPLOI

Accident	2
Nature inconnue	1
TOTAL	**3**

AUTRE

Homicide et suicide	0
Suicide	0
Homicide	0
Nature inconnue	0
Accident	2
Mort naturelle	0
TOTAL	**2**

TOTAL DES ENQUÊTES MÉDICO-LÉGALES **8**

Résumé des enquêtes médico-légales et des recommandations pour 1997

(Tous les décès ont eu lieu en 1997.)

DOSSIER DU CAS N° 2721/97

Cause du décès : Asthme.

Nature du décès : Accident.

Circonstances : Une élève asthmatique de 12 ans s'est effondrée à l'école après s'être sentie mal. Les tentatives de réanimation ont été infructueuses. Elle avait mangé des arachides une quarantaine de minutes avant son malaise. Elle était allergique aux arachides mais n'avait jamais eu jusque-là de réaction anaphylactique ou d'arrêt respiratoire dû aux allergènes.

Recommandations judiciaires :

1. Le gouvernement provincial a adopté officiellement la politique relative au système unifié d'orientation et de prise en charge (Unified Referral and Intake System ou URIS) comme politique du gouvernement, en procédant aux changements que les circonstances ont rendu nécessaires depuis la publication du manuel du URIS.

2. Le ministère de l'Éducation a chargé une personne de la supervision des politiques adoptées et de leur mise en œuvre dans toutes les divisions scolaires.

3. Le ministre de l'Éducation a envoyé à toutes les divisions scolaires une directive leur demandant de mettre en œuvre les lignes directrices et les normes minimales adoptées dans la province (avec mention explicite de la « directive du ministre » soumise par le ministère de l'Éducation de l'Île-du-Prince-Édouard) à l'égard des allergies constituant un danger de mort.

4. Le gouvernement provincial, par l'entremise du ministère de l'Éducation, a pris en compte l'adoption d'un règlement rendant obligatoire la conformité aux lignes directrices et aux normes minimales.

DOSSIER DU CAS N° 2053/97

Cause du décès : Ischémie myocardique due à une athéromatose de l'artère coronaire.

Nature du décès : Nature inconnue.

Circonstances : Au début d'un quart de travail de soir, une équipe de cinq hommes s'était rendue au niveau I400 d'un complexe minier. Après avoir effectué la tâche assignée, l'équipe s'était dirigée au sous-niveau I470 afin d'effectuer les préparatifs nécessaires à un dynamitage. Le dynamitage a eu lieu quand deux des employés étaient encore en train de décharger le reste des explosifs dans le dépôt du sous-niveau I470. L'explosion a laissé échapper, le long d'une paroi rocheuse, des gaz et de la fumée du niveau I500 au niveau I470, où se trouvaient les deux hommes. Une quinzaine de minutes plus tard, la fumée s'était assez dissipée pour que l'on puisse voir les deux hommes, qui n'étaient apparemment pas blessés. Ils toussaient de temps à autre mais ni l'un ni l'autre n'a rapporté l'incident. Le lendemain, un des travailleurs a appelé pour dire qu'il n'irait pas travailler parce qu'il ne se sentait pas bien. L'autre ne s'était pas présenté au travail et n'avait pas appelé pour annoncer son absence. On l'a retrouvé mort chez lui.

Recommandations judiciaires :

1. Établir un système à sécurité intégrée afin d'éviter toute défaillance du système d'amorçage du ventilateur comme les tests l'indiquent. Des commutateurs-sélecteurs devraient faire l'affaire. Ces appareils seront installés et des échanges de renseignements se feront avec d'autres mines.

2. Une révision des mesures de surveillance et d'évacuation du niveau I400 du complexe minier sera faite avec les équipes. On discutera du « changement de circonstance » au cours de cette révision. Avant un dynamitage, tous les secteurs doivent être évacués, y compris le sous-niveau où se trouve le dépôt d'explosifs.

3. Le service responsable de la ventilation devrait procéder à un examen du niveau I400 du complexe minier (qui tiendrait compte du « changement de circonstance »), suivi d'un examen des équipes.

4. Une révision des règles est nécessaire et la documentation doit indiquer que les équipes ont été informées de la marche à suivre et s'y conforment. L'inspection des opérations de dynamitage de la façon décrite sur la formule II5/2 est souhaitable.

5. Un sous-comité sera créé afin de revoir l'état des connaissances des employés en ce qui a trait aux gaz, au traitement en cas d'exposition et à la protection contre de telles conditions.

DOSSIER DU CAS N° 1908/97

Cause du décès : Tuméfaction cérébrale à la suite d'une blessure à la tête.

Nature du décès : Accident.

Circonstances : Le défunt, un garçon de 16 ans, s'était blessé à la tête pendant un camp d'entraînement de judo. Il avait dit qu'il se sentait comme s'il était sur le point de s'évanouir mais aucune enquête n'a eu lieu. Le jour suivant, au cours d'une démonstration, il a été projeté au tapis et sa tête a heurté le sol. Il s'est effondré 5 à 10 minutes plus tard et on l'a immédiatement ramené à Winnipeg par avion pour le soigner. Un tomodensitogramme a révélé un œdème dominant le côté droit, un infarctus possible et une hémorragie punctiforme. Sa condition a continué de se dégrader malgré l'acharnement thérapeutique.

Recommandations judiciaires :

Nous n'avons pas reçu de recommandations judiciaires.

DOSSIER DU CAS N° 0370/97

Cause du décès : Pneumonie.

Nature du décès : Nature inconnue.

Circonstances : Un homme de 94 ans vivant dans une maison de repos a été assailli par son compagnon de chambre. Ce dernier, qui avait été confié à la maison de repos pour obtenir des soins de relève, avait un comportement bizarre et agressif. À l'hôpital, on a évalué que la victime n'avait que des lacérations superficielles et des meurtrissures. Le lendemain, il a eu une crise de grand mal et on l'a ramené à l'hôpital. Les radiographies ont révélé des contusions pulmonaires et des côtes fracturées. L'état du patient n'a cessé de se dégrader.

Recommandations judiciaires :

1. Toutes les maisons de santé existantes de même que celles qui seront mises sur pied devraient se conformer aux normes du Conseil canadien d'agrément des services de santé.

2. Toutes les maisons de santé sont sujettes à des inspections non planifiées visant à s'assurer qu'elles continuent de se conformer aux normes du Conseil canadien d'agrément des services de santé.

3. Des sanctions devraient être adoptées et mises en application afin d'assurer le respect des normes.

4. Un système d'admission central multidisciplinaire devrait être mis en place pour toutes les maisons de santé du Manitoba de façon à assurer l'établissement d'un système unifié de sélection et d'admission dans ces établissements.

5. Pour s'assurer que toutes les personnes dirigées aient droit au même traitement, les formules utilisées par le personnel médical, les psychiatres et les travailleurs sociaux concernant un particulier devraient être uniformisées. Ces formules devraient être utilisées autant pour les placements à long terme que pour les soins de relève.

6. Les procédures relatives au roulement et au placement devraient être revues afin de permettre le placement bien avant la période d'attente de deux ans existante.

7. Chaque maison de santé devrait adopter et mettre en œuvre des procédures et des normes rendant possible la création d'un comité d'admission qui se réunira régulièrement pour présélectionner toutes les personnes dirigées et s'assurer que l'établissement est en mesure de répondre à tous les besoins des résidents.

8. Chaque maison de santé devrait adopter et mettre en œuvre des procédures et des normes qui lui permettront de surveiller de près et de sélectionner les résidents dès leur arrivée, afin qu'on puisse les loger dans une chambre qui leur convienne.

9. Tout le personnel des maisons de santé devrait suivre une formation appropriée sur la façon de s'y prendre avec un résident qui a un comportement ouvertement agressif.

10. Un système de communication reliant l'ensemble des organismes communautaires et des maisons de santé devrait être établi au sujet des particuliers dirigés vers les maisons de santé.

11. Un meilleur système de communication devrait être établi parmi le personnel des maisons de santé au sujet des faits et gestes quotidiens des résidents, notamment ceux qui ont un lien avec leurs besoins médicaux, psychiatriques et comportementaux.

12. Toutes les maisons de santé devraient disposer de locaux où seraient isolés « au besoin » pendant une courte période les résidents qui deviennent agressifs, de façon à assurer leur propre sécurité et celle des autres résidents.

13. Plus d'établissements de longue durée spécialisés en psychogériatrie, qui accepteraient les personnes dirigées par les maisons de santé et la société en général, sont requis dans la collectivité.

14. Les maisons de santé qui seront construites dans l'avenir devraient s'inspirer du modèle proposé par la maison de santé de Riverview, qui constitue actuellement un établissement d'avant-garde.

DOSSIER DU CAS N° 1145/97

Cause du décès : Noyade après avoir été emporté dans un canal à ciel ouvert.

Nature du décès : Accident.

Circonstances : Le défunt, un garçon de 14 ans, et deux de ses amis, « s'amusaient dans un fossé rempli d'eau », qui leur arrivait à la hauteur de la taille. L'eau faisait un petit remous et un morceau de styromousse bleu était pris dans le tourbillon. En saisissant le morceau de styromousse, le défunt a été entraîné par le courant dans l'entrée du canal à ciel ouvert. On a tenté de le sauver mais on n'a pu l'empêcher d'être emporté dans le réseau de drainage des eaux de pluie.

Recommandations judiciaires :

1. Tous les canaux à ciel ouvert et les ouvrages de drainage similaires existants ont été inspectés et des mesures correctives ont été prises pour éviter qu'une personne n'y soit entraînée.

2. Tous les nouveaux ouvrages de drainage qui seront construits devraient être munis d'un dispositif de protection pour éviter que pareille tragédie ne se reproduise.

3. On devrait songer à rendre public le rapport final de l'expert-conseil là-dessus, afin de favoriser la tenue d'un débat public sur la question de la sécurité dans l'adoption des normes relatives aux installations de drainage des eaux.

4. Les employés municipaux et la population en général devraient continuer à faire preuve de diligence et à rapporter tout ouvrage de drainage potentiellement dangereux.

DOSSIER DU CAS N° 0218/97

Cause du décès : Blessures traumatiques massives dues à un accident minier.

Nature du décès : Accident de travail.

Circonstances : Le défunt, un homme de 32 ans, conduisait une benne minière dans une zone encombrée d'une mine souterraine lorsqu'il a heurté une conduite d'air comprimé verticale de six pouces. Le tuyau l'a blessé mortellement. C'est le contremaître du défunt qui l'a trouvé inanimé à 20 h 30. Le défunt travaillait seul à 3 200 pieds sous terre depuis 16 h. Les tentatives de réanimation n'ont donné aucun résultat.

Recommandations judiciaires :

1. Revoir les normes relatives à la tuyauterie et s'assurer que toute la tuyauterie verticale est fixée au mur comme il se doit. On a donné suite à cette recommandation.

2. S'assurer que l'espace dans le lieu de travail est suffisamment dégagé pour que l'on puisse utiliser l'équipement (p. ex. benne minière) en toute sécurité. On a donné suite à cette recommandation.

3. Revoir les procédures liées au « travail individuel », en tenant compte du « changement de circonstance » possible. On a donné suite à cette recommandation.

4. Assurer en permanence une formation portant sur l'identification et la prise de conscience des dangers à l'intention des superviseurs et des membres du comité de la sécurité et de l'hygiène du travail. On a donné suite à cette recommandation.

5. Assurer en permanence une formation sur la prise de conscience des dangers à l'intention de tous les employés qui travaillent sous terre. On a donné suite à cette recommandation.

6. S'assurer que les conducteurs de machinerie (p. ex. benne minière) sont dûment qualifiés et possèdent de l'expérience.

7. Une couverture de protection est maintenant obligatoire pour tous les nouveaux appareils mobiles. L'enquête recommande que tous les appareils mobiles existants soient munis d'un toit, sauf dans les secteurs qui ne se prêtent pas à cela.

8. Toute la tuyauterie souterraine devrait être enlevée pour éliminer tout danger. La compagnie minière procède aux vérifications nécessaires.

9. Les superviseurs ne devraient être limités qu'à un nombre de doubles quarts donné. La compagnie minière, le syndicat et le comité de la sécurité et de l'hygiène du travail ont donné suite à cette recommandation.

DOSSIER DU CAS N° 1816/97

Cause du décès : Blessure par balle au cœur.

Nature du décès : Nature inconnue.

Circonstances : Un mandat d'arrestation avait été émis contre cet homme de 33 ans, pour menaces présumées à l'endroit de sa conjointe de fait et vol d'une auto-patrouille la veille. Quand la police est venue l'arrêter à la résidence de sa sœur, il a commencé par refuser de

sortir de la chambre qu'il occupait. Il est ensuite sorti de la maison et s'est mis à poursuivre un des policiers. Un policier a tiré dans sa direction, l'atteignant à la poitrine et à la jambe. Les policiers ont été forcés de quitter les lieux par les membres de la famille en furie. Les ambulanciers sont arrivés une demi-heure plus tard mais n'ont pu réanimer le défunt.

Recommandations judiciaires :

Nous n'avons pas reçu de recommandations judiciaires.

DOSSIER DU CAS N° 1350/97

Cause du décès : Plaie perforante à l'abdomen due à un éclat d'obus.

Nature du décès : Accident de travail.

Circonstances : Le défunt, un homme de 26 ans à l'emploi d'un centre de recyclage, manœuvrait une machine à cisailler. Il était en train d'enlever les extrémités en aluminium d'obus de mortier vides lorsqu'une explosion a eu lieu. On l'a retrouvé sur un tas de vieilles munitions. La cause du décès était une plaie perforante à l'abdomen due à un éclat d'obus.

Recommandations judiciaires :

Nous n'avons pas reçu de recommandations judiciaires.

Annexe aux enquêtes médico-légales et aux recommandations de 1996

Au moment de la publication du rapport annuel de 1997, nous n'avions pas encore reçu les recommandations judiciaires se rapportant à trois enquêtes menées en 1996. Nous les avons reçu depuis et elles font l'objet de la présente annexe.

DOSSIER DE CAS N° 2336/96

Cause du décès : Asphyxie due à une pendaison.

Nature du décès : Suicide.

Circonstances : La défunte était une patiente involontaire en vertu de la *Loi sur la santé mentale*. Elle était soignée pour une dépression grave à la Victoria General Hospital. On l'a retrouvée pendue dans une salle de bains de l'établissement. Elle avait des idées suicidaires et avait déjà fait des tentatives de suicide auparavant.

Recommandations judiciaires :

Lorsqu'un patient exprime une intention suicidaire, comme c'était le cas ici, il est fortement recommandé que l'infirmière en fasse état aux autres infirmières du quart de travail. L'infirmière devrait aussi signaler l'incident dans le dossier médical du patient. Le médecin de garde devrait être mis au courant aussi.

Les changements touchant les pratiques hospitalières en matière de prévention du suicide sont mentionnés dans la politique de la Victoria General Hospital à cet égard. Ces changements remontent à mars 1998.

DOSSIER DE CAS N° 2770/96

Cause du décès : Choc irréversible dû à une médiastinite et épanchement pleural dû à une perforation de l'œsophage.

Nature du décès : Accident de travail.

Circonstances : Le défunt travaillait apparemment dans une fonderie quand ses vêtements ont pris feu. Des brûlures couvraient de 40 à 55 % de son corps et on l'a envoyé au Centre des sciences médicales aux fins de traitement (parage, greffes de la peau, etc.). Après l'intervention chirurgicale, il est devenu insensible et a commencé à faire de l'hypotension. La réanimation cardio-respiratoire n'a donné aucun résultat.

Recommandations judiciaires :

À la suite de la mise en œuvre des recommandations de sécurité proposées, aucune nouvelle recommandation n'a été faite.

DOSSIER DE CAS N° 1818/96

Cause du décès : Athéromatose de l'artère coronaire.

Nature du décès : Cause naturelle.

Circonstances : Cette femme de 85 ans qui demeurait dans un foyer de soins personnels s'était fracturé le coude droit en tombant. L'examen effectué au centre de santé de The Pas a également révélé une fracture du pelvis et quelques côtes cassées. Son état a continué d'empirer jusqu'à son décès, 11 jours plus tard.

Recommandations judiciaires :

1. Un nouveau foyer de soins personnels moderne et à un seul étage sera érigé dès qu'il sera raisonnablement possible de le faire. Ses résidents disposeront de tout l'équipement nécessaire à leurs soins.

2. Faire en sorte que tous les résidents aient facilement accès à la sonnette d'appel, en particulier quand ils sont confinés au lit. La façon de se servir correctement de ce dispositif devrait être expliquée à tous les résidents.

3. Faire en sorte qu'on utilise moins l'ascenseur en améliorant les salons situés aux étages où les résidents ont leur chambre et en donnant la possibilité à certains d'entre eux d'y prendre leurs repas.

4. Renouveler les efforts visant à ce qu'il y ait un nombre suffisant de médecins dûment formés à The Pas. L'école de médecine devrait mettre l'accent sur la formation des étudiants en médecine qui viennent des régions rurales de la province et qui ont exprimé l'intention d'y retourner.

5. Le foyer de soins personnel devrait compter parmi son personnel deux médecins traitants recevant une allocation mensuelle. Les médecins traitants devraient démontrer un intérêt marqué pour les soins gériatriques et être au fait des problèmes particuliers liés aux soins des personnes âgées.

6. Pour qu'il y ait moins de roulement du personnel, il sera peut-être nécessaire de créer plus de postes permanents à plein temps.

7. Un certain nombre de personnes assignées à d'autres parties de l'établissement de soins de santé ont été transférées au foyer de soins personnels, supplantant du même coup des personnes spécialisées dans les soins aux personnes âgées. Les soins infirmiers gériatriques étant très spécialisés, ce genre de « supplantation » devrait être évité de façon à ce que les infirmières et les aides-infirmières les plus qualifiées et les mieux formées demeurent dans l'établissement.

8. Augmenter le personnel infirmier afin qu'il y ait une infirmière auxiliaire à chaque étage ainsi qu'une infirmière pouvant se déplacer d'un étage à l'autre pour répondre aux situations les plus urgentes.

9. La coupure de janvier 1996, qui a permis de retrancher quelques heures au quart de travail de soir des aides-infirmières, devrait être annulée. Les aides-infirmières devraient demeurer au poste jusqu'à tard en soirée.

10. Les membres du personnel, y compris les aides-infirmières et les infirmières auxiliaires, devraient être davantage encouragés à participer aux cours d'appoint proposés. De plus, les dépenses encourues pour suivre ces cours d'appoint ou une formation similaire ainsi que le temps qu'on y a consacré devraient être dûment remboursés.

11. Il faut non seulement identifier les résidents qui courent le plus de risques de tomber, mais aussi ceux qui risquent le plus de se blesser gravement s'ils tombent.

12. Les échanges entre les médecins, le personnel soignant et les membres de la famille devraient débuter dès l'admission d'une personne à un foyer de soins personnels. Ils peuvent prendre la forme de directives données à l'avance par le médecin traitant ou le médecin de famille au résident et aux membres de sa famille au sujet des démarches qui seront prises en cas de mort imminente.

13. Les médecins devraient être encouragés à convier la famille quand il devient raisonnablement apparent que la mort est imminente et être dûment compensés pour ce service.

14. Les jeunes médecins, qui ont de la difficulté à accepter la mort, sont encouragés à consulter un collègue plus expérimenté qui pourra les aider quand viendra le temps de convier la famille. Les deux médecins devraient être dûment compensés pour ce service.

15. Pendant la formation des étudiants en médecine, du temps devrait être consacré pour leur permettre d'être en mesure de convier la famille pour l'informer de la mort imminente de leur parent et des choix qui s'offrent à eux.

16. Une formation supplémentaire sur les soins palliatifs devrait être offerte aux médecins et aux infirmières. Le bon usage des médicaments et des soins de confort

sera bien sûr abordé. Cette formation devrait être obligatoire pour tous ceux qui s'occupent régulièrement de patients mourants ou qui éprouvent de vives douleurs.

17. Le compendium du service médical du St. Anthony's Hospital doit être suffisamment pourvu pour assurer tous les soins de confort nécessaires.

18. Tous les médecins arrivant dans la collectivité qui commencent à pratiquer au Manitoba recevront de l'information sur les types de décès qui doivent être rapportés au médecin légiste.

19. Quand un corps n'a pas été enlevé conformément à la loi, le médecin légiste doit rapporter ce fait en temps utile au médecin légiste en chef, afin que ce dernier puisse déterminer si des poursuites seront intentées ou non en vertu de la *Loi sur les enquêtes médico-légales*.

Recommandations du médecin légiste en chef au ministre des Services à la famille - 1998

Le paragraphe 10(1) de la *Loi sur les enquêtes médico-légales* prévoit ce qui suit :

> S'il reçoit un rapport d'enquête à l'égard d'un enfant décédé et si, au moment du décès ou dans les deux ans qui ont précédé le décès, l'enfant avait été confié à un office au sens de la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille* ou si un des parents, un tuteur ou un frère ou une sœur de l'enfant recevait les services prévus par la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille*, le médecin légiste en chef est tenu, afin d'évaluer la qualité ou le niveau des soins ou des services fournis, d'examiner les dossiers de l'office concernant l'enfant ou le parent, le tuteur, le frère ou la sœur ainsi que les mesures prises par l'office à son égard.

Dans le cadre de son enquête, le médecin légiste en chef peut consulter le registre d'un office et faire une copie confidentielle de tout registre qu'il juge pertinent, interroger le personnel de l'organisme et exercer tout pouvoir d'enquête qui lui revient en vertu des paragraphes 7(5) et 9(7) de la *Loi sur les enquêtes médico-légales*.

Conformément au paragraphe 10(5), le médecin légiste en chef peut inclure dans son rapport annuel un résumé des recommandations que contiennent les rapports faits en vertu du paragraphe 10(3) l'année précédente. Il ne doit toutefois pas divulguer des noms de personnes ou d'offices ou des renseignements qui pourraient permettre de connaître l'identité d'un enfant ou des parents ou du tuteur d'un enfant.

DOSSIER DU CAS N° 0212/98

Cause du décès : Mort subite inattendue.

Nature du décès : Nature inconnue.

Circonstances : Un bébé est mort à la maison.

Recommandations :

Le médecin légiste en chef a fait deux recommandations au sujet des services fournis à l'enfant décédé et à sa famille. La première recommandation portait sur le temps de réponse à l'égard de mauvais traitement ou de négligence possible. La deuxième concernait des manquements dans le rapport écrit qui rendait difficile à déterminer quels services la famille avait reçue de l'office qui s'en occupait.

DOSSIER DU CAS N° 0474/98

Cause du décès : Immunodéficience.

Nature du décès : Cause naturelle.

Circonstances : Un bébé est mort à l'hôpital à la suite de complications liées à une immunodéficience congénitale.

Recommandations :

Le médecin légiste en chef a fait deux recommandations au sujet des services fournis par l'office concerné. La première recommandation visait le respect des normes du programme se rapportant aux services fournis aux parents mineurs. La deuxième recommandation invitait l'office à évaluer la situation de l'enfant survivant, en raison des problèmes éprouvés par les parents qui nuisaient à leur capacité d'en prendre soin.

DOSSIER DU CAS N° 0571/98

Cause du décès : Asphyxie due à l'inhalation de fumée.

Nature du décès : Accident.

Circonstances : Un enfant est mort dans un incendie à la maison.

Recommandations :

Le médecin légiste en chef a fait trois recommandations au sujet d'incidents antérieurs ayant fait l'objet d'allégations de violence physique et sexuelle. La première recommandation exigeait qu'on fasse enquête sur une allégation de violence sexuelle portée contre un des adultes, la deuxième qu'on fasse enquête sur une allégation de violence physique, et la troisième qu'on fasse enquête sur une allégation de violence dans une famille d'accueil.

DOSSIER DU CAS N° 0907/98

Cause du décès : Prématurité.

Nature du décès : Cause naturelle.

Circonstances : Un enfant prématuré est mort à l'hôpital moins de 48 heures après sa naissance.

Recommandations :

Le médecin légiste en chef a fait quatre recommandations au sujet des services fournis à la famille de l'enfant. La première recommandation invitait l'office concerné à remplir une évaluation du risque pour le plus jeune enfant de la famille. La deuxième concernait la collecte des renseignements signalétiques nécessaires au sujet des membres de la famille. La troisième soulignait la nécessité de rapporter les incidents de violence conformément aux exigences des normes provinciales. La dernière recommandation était à l'effet que l'information destinée à un membre de la famille en particulier devait lui être communiquée directement.

DOSSIER DU CAS N° 1114/98

Cause du décès : Enfant battu, syndrome du nourrisson secoué.

Nature du décès : Homicide.

Circonstances : Un bébé confié est mort pendant qu'il était confié au parent qui n'en avait pas la garde.

Recommandations :

Le médecin légiste en chef a recommandé que les normes du programme provincial soient modifiées de façon à exiger du personnel d'un office d'évaluer les compétences parentales des parents qui ont et n'ont pas obtenu la garde d'enfants au moment où on leur confie des bébés.

DOSSIER DU CAS N° 1165/98

Cause du décès : Asphyxie due à une noyade.

Nature du décès : Accident.

Circonstances : Un enfant pris en charge s'est noyé en se baignant avec d'autres enfants.

Recommandations :

Le médecin légiste en chef a fait cinq recommandations au sujet des services fournis à l'enfant. Trois recommandations appuyaient les mesures visant à améliorer le service recommandées par l'office dans son enquête interne sur les circonstances du décès. La quatrième recommandation proposait à la famille d'accueil, où sont placés des enfants qui nécessitent plus d'attention, de se munir d'alarmes qui avertiraient les parents quand

des enfants quittent la résidence le soir. La dernière recommandation était à l'effet que les enquêtes sur les familles d'accueil potentielles devraient tenir compte à la fois des aspects positifs (parcs, isolement en région rurale) et négatifs (plans d'eau, circulation dense) du voisinage. Cette information devrait être incorporée dans les plans de supervision des enfants confiés à ces familles d'accueil.

DOSSIER DU CAS N° 1204/98

Cause du décès : Syndrome du nourrisson secoué.

Nature du décès : Homicide.

Circonstances : Un bébé qu'on disait en crise avait été amené à l'hôpital. Son examen a révélé des indicateurs physiques associés au syndrome du nourrisson secoué, qui a causé sa mort.

Recommandations :

Le médecin légiste en chef avait cinq recommandations à formuler au sujet des services fournis à cet enfant et à sa famille. La première recommandation était de revoir le mandat relatif à la protection de l'enfance avec le personnel de l'office. Les deux recommandations suivantes invitaient l'office à offrir à son personnel une formation sur l'évaluation du risque et à adopter une forme d'évaluation du risque qui convienne. La quatrième recommandation proposait à l'office d'établir un protocole de surveillance des familles à risque élevé. La cinquième recommandation exigeait le respect des normes du programme provincial se rapportant à l'évaluation, à la planification et à la prestation des services aux familles qui reçoivent de l'office des services de protection de l'enfance.

DOSSIER DU CAS N° 2388/98

Cause du décès : Asphyxie due à une pendaison.

Nature du décès : Suicide.

Circonstances : Un jeune prédisposé à l'auto-mutilation s'est suicidé.

Recommandations :

Le médecin légiste en chef a fait quatre recommandations au sujet des services fournis à la famille de cet enfant. La première recommandation invitait l'office et la Direction des services de soutien à l'enfant et à la famille à prendre des mesures préventives pour assurer le bien-être des autres enfants. La deuxième proposait à l'office d'élaborer et de mettre en œuvre des plans de traitement et de services pour les autres enfants. La

troisième invitait l'office à transmettre les inquiétudes du médecin légiste en chef concernant un membre de la famille à l'organisme de protection de l'enfance de l'extérieur de la province concerné. La dernière recommandation invitait la Direction à se pencher sur les nombreux placements à court terme effectués dans des familles qui éprouvent toujours de la difficulté à assurer la sécurité des enfants.

DOSSIER DU CAS N° 0254/98

Cause du décès : Broncho-pneumonie.

Nature du décès : Nature inconnue.

Circonstances : Une broncho-pneumonie a causé la mort d'un enfant handicapé.

Recommandations :

Le médecin légiste en chef a fait trois recommandations au sujet des services obtenus par la famille de l'enfant décédé. La première recommandation était à l'effet que les dossiers de l'office devraient être tenus conformément aux normes provinciales. La deuxième invitait l'office à assurer une supervision constante et efficace du travail social auprès des familles. La dernière recommandation était de respecter les normes du programme se rapportant au retrait d'un enfant d'une famille d'accueil et au maintien de sa sécurité à la maison.

DOSSIER DU CAS N° 0580/97

Cause du décès : Syndrome de la mort subite du nourrisson.

Nature du décès : Nature inconnue.

Circonstances : Le syndrome de la mort subite du nourrisson a emporté un bébé pendant qu'il dormait avec ses frères et sœurs et un parent.

Recommandations :

Le médecin légiste en chef a fait quatre recommandations au sujet des services fournis à l'enfant décédé et à sa famille. Trois recommandations étaient destinées à l'office et faisaient ressortir le besoin de maintenir un registre détaillé et à jour des services fournis aux familles. La quatrième recommandation proposait au ministère des Services à la famille d'établir des normes uniformes concernant la cueillette d'information sur les familles qui reçoivent des services des offices de services à l'enfant et à la famille.

DOSSIER DU CAS N° 0868/97

Cause du décès : Arythmie due au syndrome Q-T prolongé.

Nature du décès : Nature inconnue.

Circonstances : Un jeune pris en charge est mort subitement.

Recommandations :

Le médecin légiste en chef a fait six recommandations au sujet des services fournis à la famille de ce jeune. La première recommandation invitait l'office à se conformer aux normes du programme provincial ayant trait au signalement de la présence d'armes à feu et d'autres armes ainsi qu'au rapport de tout incident impliquant une arme à feu au corps de police local. La deuxième recommandation concernait l'évaluation des facteurs de risque dans la famille concernée. La troisième recommandation du médecin légiste en chef était de revoir les critères sur lesquels l'office se fonde pour sanctionner la contrainte matérielle d'un enfant. La quatrième recommandation visait l'obtention des antécédents médicaux des enfants confiés aux soins de l'office et la cinquième proposait l'adoption d'une méthode de compilation provinciale des antécédents médicaux pouvant servir en pareille situation. La dernière recommandation invitait l'office à obtenir la dernière version des mesures d'évaluation familiale.

DOSSIER DU CAS N° 1420/97

Cause du décès : Blessures multiples dues à un accident véhicule – piéton.

Nature du décès : Accident.

Circonstances : Un jeune aurait tombé d'un véhicule pour ensuite se faire happer par un autre véhicule.

Recommandations :

Le médecin légiste en chef a fait deux recommandations au sujet des services fournis à la famille du jeune. La première recommandation visait le respect, par un des offices concernés, des normes du programme provincial se rapportant à la planification, à la mise en œuvre et à la supervision des services. La deuxième recommandation invitait les deux offices qui s'occupaient de la famille du jeune à se pencher sur un incident de violence sexuelle déjà rapporté concernant un des aînés, et à songer à inscrire dans le registre des cas d'enfants maltraités le nom d'un individu ayant déjà été reconnu coupable d'infractions sexuelles.

DOSSIER DU CAS N° 1889/97

Cause du décès : Cause inconnue.

Nature du décès : Nature inconnue.

Circonstances : Un enfant né prématurément d'une mère polytoxicomane est mort sans qu'on en connaisse la cause.

Recommandations :

Le médecin légiste en chef a recommandé à l'office concerné d'utiliser son service de réunification dans ses efforts visant à ce que les enfants survivants soient confiés à leur père. La deuxième recommandation visait à ce que la question de la consommation excessive d'alcool du père soit abordée dans sa thérapie. La troisième recommandation visait à ce que le père en arrive à reconnaître la violence qu'il a fait subir à sa femme et à une de ses filles. La quatrième recommandation du médecin légiste en chef proposait à l'office de vérifier l'identité des gardiennes d'enfants embauchées par le père. La dernière recommandation était de terminer l'enquête sur une plainte déposée contre une famille d'accueil par un des frères et sœurs du défunt et de l'inscrire au dossier.

DOSSIER DU CAS N° 2358/97

Cause du décès : Cause indéterminée.

Nature du décès : Nature indéterminée.

Circonstances : Un bébé est mort à la maison sans qu'on en connaisse la cause.

Recommandations :

Le médecin légiste en chef avait deux recommandations à faire au sujet des services fournis à l'enfant et à sa famille. La première recommandation proposait à l'office d'intervenir si un des parents de l'enfant s'occupait de nouveau d'enfants. L'autre recommandation était de faire état des antécédents de violence de l'un des parents dans le système informatique des Services à l'enfant et à la famille.

DOSSIER DU CAS N° 2423/97

Cause du décès : Enfant battu, syndrome du nourrisson secoué.

Nature du décès : Homicide.

Circonstances : Un enfant est mort après qu'on l'eut remis à ses parents.

Recommandations :

Le médecin légiste en chef a fait huit recommandations au sujet des services fournis à la famille de l'enfant décédé. La première recommandation était que l'office maintienne sa primauté à l'égard des décisions prises pour protéger les enfants. La deuxième recommandation visait l'élaboration d'un plan de service pour répondre aux besoins des frères et sœurs de l'enfant. Trois recommandations insistaient sur la nécessité que l'office termine ses enquêtes sur les allégations de violence physique et sexuelle. La sixième recommandation invitait l'office à respecter les normes du programme provincial se rapportant aux prises en charge par des familles agréés par un autre office. La septième recommandation proposait une évaluation de la famille de l'enfant décédé. La dernière recommandation visait le respect des normes du programme provincial se rapportant aux transferts d'enfants d'une famille d'accueil à une autre et à la cessation de leur supervision par un office.

DOSSIER DU CAS N° 2443/97

Cause du décès : Asphyxie due à une pendaison.

Nature du décès : Suicide.

Circonstances : Un jeune s'est suicidé à la maison en se pendant. Il avait vu un intervenant en santé mentale peu de temps avant et avait accepté de suivre un plan visant à assurer sa sécurité et de prendre rendez-vous quelques jours plus tard.

Recommandations :

Le médecin légiste en chef a recommandé au ministère des Services à la famille de créer un lieu sûr au nord du Manitoba pour les toxicomanes et les jeunes ayant des tendances suicidaires, si un tel lieu n'existe pas déjà.

DOSSIER DU CAS N° 2568/97

Cause du décès : Herpès disséminé.

Nature du décès : Cause naturelle.

Circonstances : Un bébé pris en charge est mort à l'hôpital.

Recommandations :

Le médecin légiste en chef a fait sept recommandations au sujet des services fournis à l'enfant décédé et à sa famille. Deux recommandations visaient le maintien de dossiers détaillés concernant les contacts avec les adultes et les enfants qui reçoivent des services, ainsi que le maintien de dossiers médicaux détaillés concernant les enfants sous la responsabilité de l'office. Quatre recommandations concernaient les familles d'accueil où sont confiés les enfants sous la responsabilité de l'office. Le médecin légiste en chef a recommandé à l'office de ne confier des enfants qu'à des familles d'accueil agréées qui respectent des normes de sécurité et d'hygiène jugées raisonnables. Le médecin légiste en chef a aussi recommandé que les familles d'accueil non agréées utilisées comme « lieux sûrs » par l'office, à l'instar de la famille d'accueil concernée, entreprennent les démarches nécessaires pour être reconnues officiellement, dans la période requise en vertu des normes du programme provincial. La dernière recommandation faisait référence à une lettre d'appui insérée au dossier de la famille d'accueil et aux circonstances expliquant sa présence.

DOSSIER DU CAS N° 2653/97

Cause du décès : Prématurité extrême.

Nature du décès : Cause naturelle.

Circonstances : Un enfant prématuré est mort à l'hôpital.

Recommandations :

Le médecin légiste en chef a recommandé à l'office de recourir aux services d'un travailleur social qui parle la langue maternelle des parents pour obtenir l'information requise.

DOSSIER DU CAS N° 3144/97

Cause du décès : Trouble épileptique.

Nature du décès : Cause naturelle.

Circonstances : Un enfant pris en charge est mort à la maison.

Recommandations :

Le médecin légiste en chef a fait deux recommandations au sujet des services fournis à l'enfant décédé et à sa famille. La première recommandation invitait l'office à se doter de politiques pour assurer le placement des enfants handicapés le plus tôt possible. La deuxième recommandation invitait l'office à suivre les normes du programme provincial

se rapportant à l'embauche de personnel de soutien et à la surveillance des services fournis aux familles qui y ont droit.

DOSSIER DU CAS N° 1910/96

Cause du décès : Blessures multiples dues à un accident piéton – automobile.

Nature du décès : Accident.

Circonstances : Un conducteur en état d'ébriété a causé la mort de l'enfant.

Recommandations :

Le médecin légiste en chef a fait sept recommandations au sujet des services fournis par l'office à l'enfant décédé et à sa famille. La première recommandation invitait l'office responsable de la famille de l'enfant décédé à faire une évaluation conformément aux normes du programme provincial. Deux recommandations portaient sur l'évaluation de la situation des deux aînés de la famille. Une quatrième recommandation invitait l'office à évaluer les circonstances expliquant la présence d'un autre enfant sur les lieux de l'accident. Deux recommandations soulignaient le besoin de mettre à jour et de vérifier l'information fournie par le système informatique des Services à l'enfant et à la famille. La septième recommandation invitait l'office à donner suite au cas soumis par un autre office des services à l'enfant et à la famille.

DOSSIER DU CAS N° 2783/96

Cause du décès : Traumatisme multiple dû à un accident routier.

Nature du décès : Accident.

Circonstances : Cet enfant, qui était passager d'un véhicule conduit par un membre de sa famille en état d'ébriété, a subi un traumatisme multiple ayant causé sa mort.

Recommandations :

Le médecin légiste en chef a fait sept recommandations au sujet des services fournis par deux offices des services à l'enfant et à la famille du Manitoba à l'enfant décédé et à sa famille. Quatre recommandations concernaient les façons de procéder et les actions prises pendant l'enquête menée à la suite d'une divulgation de violence sexuelle par un des enfants de la famille, y compris le traitement obtenu par la victime. Une cinquième recommandation concernait le besoin d'examiner en profondeur les rapports de négligence et d'inscrire les résultats des enquêtes conformément aux normes du programme provincial. Une autre recommandation portait sur le besoin de s'assurer que les services aux familles sont bien documentés. La septième recommandation proposait

qu'un second office assure la sécurité du membre de la famille du défunt pris en charge pendant la visite de sa famille.

DOSSIER DU CAS N° 2803/96

Cause du décès : Septicité.

Nature du décès : Cause naturelle.

Circonstances : Un jeune pris en charge est mort à l'hôpital.

Recommandations :

Le médecin légiste en chef a recommandé à l'office de procéder à une évaluation du risque pour tous les enfants vivant avec la famille biologique du jeune décédé.

DOSSIER DU CAS N° 1221/93

Cause du décès : Œdème pulmonaire dû à l'inhalation de solvants.

Nature du décès : Accident.

Circonstances : Un jeune, qui inhalait de la gazoline avec des amis, s'est effondré et n'a pu être réanimé.

Recommandations :

Le médecin légiste en chef avait trois recommandations à faire au sujet des services fournis à ce jeune et à sa famille. La première recommandation invitait l'office à prêter assistance aux parents du jeune et à aider un enfant pris en charge à régler ses conflits interpersonnels. Le médecin légiste en chef a aussi recommandé à l'office d'examiner les rapports à l'effet que les parents consommeraient des drogues, afin de vérifier leur véracité. La recommandation finale invitait l'office à respecter les normes du programme provincial se rapportant à la planification et à la mise en œuvre des services.

Outre les 23 décès décrits ci-dessus, les décès de 12 autres enfants ont été examinés en 1998 (pour un total de 35). Pour ces 12 décès, le médecin légiste en chef n'a pas fait de recommandations au sujet des services fournis par les offices concernés. Le médecin légiste en chef a souligné la qualité des services fournis aux enfants et à leur famille par trois de ces douze offices.

Pour obtenir de plus amples renseignements ou des exemplaires supplémentaires de ce rapport, veuillez communiquer avec le :

Bureau du médecin légiste en chef
1, avenue Wesley, bureau 210
Winnipeg (Manitoba) R3C 4C6

Téléphone : (204) 945-2088
Télécopieur : (204) 945-2442